FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1885 **THÈSE** N° 

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 28 *Mai* 1885, *à* 1 *heure*,

PAR FERNAND ROBERT

Né à Savy (Aisne), le 4 avril 1858.

DE QUELQUES ACCIDENTS SEPTIQUES

DUS A LA PRÉSENCE

DES CORPS FIBREUX DE L'UTÉRUS

Président : M. RICHET, *professeur*.
Juges : MM. { PAJOT, *professeur*, BOUILLY, PEYROT, *agrégés*.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

52, RUE MADAME ET RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 14

1885

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen.................... M. BÉCLARD.

Professeurs............ MM.

Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BECLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	PETER. DAMASCHINO.
Pathologie chirurgicale	GUYON. LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	DUPLAY.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	N.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés	TARNIER.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
Clinique médicale	SEE (G.). JACCOUD. HARDY. POTAIN
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses	CHARCOT.
Clinique chirurgicale	RICHET. VERNEUIL. TRELAT. LE FORT.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchements	PAJOT.

DOYEN HONORAIRE : M. VULPIAN

Professeurs honoraires : MM. GOSSELIN, BOUCHARDAT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BLANCHARD.	GUEBHARD.	PEYROT.	RIBEMONT-DESSAIGNES.
BOUILLY.	HALLOPEAU.	PINARD	RICHELOT
BUDIN.	HANOT.	POUCHET	Ch. RICHET
CAMPENON.	HANRIOT.	QUINQUAUD.	ROBIN (Albert).
CHARPENTIER.	HUMBERT.	RAYMOND.	SEGOND
DEBOVE.	HUTINEL.	RECLUS	STRAUS
FARABEUF, chef des travaux anatomiques	JOFFROY.	REMY.	TERRILLON.
GARIEL.	KIRMISSON.	RENDU	TROISIER.
	LANDOUZY.	REYNIER.	

Secrétaire de la Faculté : Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON AIEUL

ANTOINE BERLEMONT

MES CHERS PARENTS

Recevez aujourd'hui, pour votre longue abnégation, ce faible tribut de ma reconnaissance filiale.

QUE MON PRÉSIDENT DE THÈSE ET VÉNÉRÉ MAITRE

M. LE PROFESSEUR RICHET

Membre de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu,
Commandeur de la Légion d'honneur,

Agrée mes sincères remercîments pour la haute et sympathique bienveillance qu'il m'a toujours témoignée.

DE QUELQUES ACCIDENTS SEPTIQUES

DUS A LA PRÉSENCE

DES CORPS FIBREUX DE L'UTÉRUS

INTRODUCTION.

Depuis que les méthodes antiseptiques se sont implantées en chirurgie et ont bouleversé toute l'ancienne thérapeutique que nous avait léguée l'empirisme et que les pansements nouveaux, basés sur ces méthodes nouvelles, se sont substitués aux pansements anciens, le pronostic des opérations, jusqu'alors si grave, a changé tout à coup.

Les amputations si redoutées et si terribles autrefois dans leurs conséquences ne causent plus la mort par elles-mêmes. La suppuration a vu de jour en jour son domaine diminuer, et au lieu de ces larges plaies béantes anfractueuses et baignées de pus sous la charpie qui les recouvrait, nous voyons aujourd'hui les plaies à bords affrontés, réunies par première intention, la suppuration diminuée, sinon complètement tarie. Les grandes sé-

reuses qui, pour tous les opérateurs, constituaient dans toute sa rigueur le *noli me tangere*, se laissent maintenant ouvrir et irriter presque impunément. La chirurgie abdominale est, en effet, une des plus belles conquêtes des méthodes antiseptiques. L'on reste surpris et étonné lorsque encore sous l'impression des lectures anciennes, on voit, pendant des heures entières, le péritoine soutenir les efforts persistants du chirurgien, la masse intestinale faisant issue au dehors et la main de l'opérateur allant, presque brutalement, décoller ou déchirer des adhérences et, tout cela, sans que la moindre fièvre vienne enrayer la guérison parfaite de l'opération.

La chirurgie articulaire a aussi grandement bénéficié de ces méthodes nouvelles. Les ponctions, les arthrotomies, les résections, sont maintenant choses possibles pour le plus grand bien des malades.

Un point cependant a paru échapper à l'influence heureuse de toute cette thérapeutique : Les opérations sur les muqueuses ont peut-être ressenti un peu moins les bienfaits de l'antisepsie. Sans aucun doute, les lésions des muqueuses ont été modifiées dans leur évolution ; on a pu éviter des accidents fébriles trop intenses, améliorer la suppuration, tarir ces sources de sécrétion fétide et supprimer à peu près complètement les accidents septiques. Mais ici ce ne sont que des à peu près. La fièvre existe, moins intense, diminuée, mais réelle ; la suppuration plus franche, de bonne nature, n'en persiste pas moins avec tous ses dangers.

C'est qu'en effet opérer sur une muqueuse, c'est le plus souvent créer une plaie profonde, cachée à l'œil et

échappant par sa profondeur à l'application minutieuse de l'antisepsie. Cette question des plaies cavitaires a déjà été traitée par M. Jeannel (1), dans un mémoire où il a parfaitement mis en lumière les différentes conséquences qui pouvaient résulter de ces lésions.

Pourquoi la méthode antiseptique, souveraine ailleurs, toute puissante partout, est-elle mise en défaut? Quelle est la cause de cette lacune? La méthode en elle-même subit-elle là une réelle atteinte et l'antisepsie est-elle véritablement impuissante? Evidemment non. La méthode antiseptique reste là ce qu'elle est partout, ses bienfaits sont les mêmes, mais son application devient plus difficile, quelquefois même impossible. Aussi en raison de ces difficultés, de cette antisepsie imparfaite, les opérations sur les cavités muqueuses ont-elles gardé un peu de leur gravité ancienne. Car, c'est là un principe qui reste parfaitement acquis et qui résulte de l'étude attentive des résultats obtenus. En antisepsie il n'y a pas d'à peu près, on est antiseptique complètement ou on ne l'est pas du tout. Aussi aurait-on tort de faire subir aux pansements antiseptiques incomplets ou mal faits la responsabilité d'insuccès dus tout entiers à l'opérateur qui les a incomplètement ou imparfaitement appliqués.

Sans vouloir ici poser les règles d'une bonne pratique antiseptique, nous pouvons dire que pour qu'une opération soit réellement et efficacement antiseptique, il faut que l'opérateur, le milieu et l'opéré soient tous absolu-

(1) Des plaies cavitaires, par M. Jeannel. Revue de médecine et de chirurgie, 1880.

ment et complètement antiseptiques. Qu'un seul de ces trois agents ne réunisse pas ces conditions et il n'y a plus d'antisepsie véritable. C'est lorsque ces trois éléments coexistent ensemble, c'est quand la méthode a été appliquée dans toute sa rigueur, que l'on est seulement en droit d'exiger tout ce qu'elle peut donner.

Aussi combien ne voit-on pas les résultats différer dans la pratique des opérateurs qui, les uns ne considérant que le principe et la méthode elle-même en sont partout les serviteurs et les esclaves fidèles ; et les autres, qui ne voyant que superficiellement les choses et n'appliquant que l'appareil extérieur des méthodes antiseptiques, en méconnaissent complètement les lois et en ignorent l'essence.

Nous avons dit plus haut qu'il fallait, pour qu'il y ait antisepsie, que l'opérateur (ses aides et ses instruments), le milieu et l'opéré fussent complètement antiseptiques. Ces conditions sont faciles à remplir pour les deux premiers facteurs, l'opérateur, le milieu où l'on opère peuvent facilement être ou devenir antiseptiques. En est-il de même de l'opéré ?

Dans bien des cas c'est le chirurgien qui crée la plaie de toutes pièces, dans une région à découvert, pour extirper une tumeur, par exemple. Alors rien de plus facile ; la toilette de la plaie est chose simple ; cette plaie faite dans les conditions requises marchera vers la guérison par la voie la plus rapide. Mais dans d'autres cas, que devient l'antisepsie de l'opéré ? Tantôt c'est l'opéré tout entier qui est empoisonné par la septicémie et la plaie extérieure fut-elle soigneusement désinfectée, l'o-

pération sur un tel terrain n'est que trop souvent mortelle. Tantôt c'est le foyer lui même sur lequel l'opération va porter, qui ne peut et ne saurait être désinfecté. C'est le cas des corps fibreux de l'utérus, des extirpations du rectum, des plaies profondes et cachées. La thèse de Loison (1) nous montre tout le danger inhérent à la blessure des tissus en voie de suppuration.

Quand un opérateur négligent porte son action sur de tels foyers qu'on n'a pu nettoyer ni rendre antiseptiques, il advient ce qui advenait si fréquemment aux chirurgiens alors que régnaient l'infection purulente, la lymphangite, et que l'on voyait ces vastes clapiers de suppuration fusant au loin dans les membres. On s'inquiétait peu alors de fouiller dans les plaies au milieu du pus, avec la sonde cannelée ou le stylet à la recherche d'une esquille, d'un séquestre ou d'un trajet fistuleux. Ce qui se passait est devenu maintenant d'une explication facile : plaie septique, instruments sales. Tels étaient les deux facteurs en présence. La moindre rupture de la membrane granuleuse en détruisant ce rempart protecteur des plaies suffisait pour inoculer la matière septique. Il suffit de lire les observations et de se rappeler les faits pour établir que les lymphangites les plus graves, les septicémies les plus aiguës ont été la conséquence de pareilles manœuvres que l'on considérait autrefois comme inoffensives.

Aujourd'hui, de tels exemples sont rares et n'existent qu'exceptionnellement, et l'on regarderait d'un mauvais

(1) Th. de Paris, 1876. Blessure des foyers pathologiques purulents.

œil l'élève qui présenterait au maître des instruments sales et non nettoyés. C'est là la pratique générale, commune, devenue même banale à force d'être classique, de désinfecter l'instrument qui va servir, quel qu'il soit. Cela est de pratique courante.

Mais ne semble-t-il pas que l'on n'a vu qu'un des côtés de la question et que trop souvent l'on a négligé l'autre. Le chirurgien est propre, ses instruments sont neufs, mais le patient, que fait-on pour lui ? Bien souvent rien. On porte un instrument propre dans une plaie septique et au lieu d'inoculer le virus existant par un instrument sale, comme autrefois, on inocule au malade, avec un instrument propre à la vérité, le virus qu'il porte dans sa plaie. Ce sont ces phénomènes que M. le professeur Verneuil a décrits récemment sous le nom d'auto-inoculation (1) septique.

Qu'on nous pardonne d'insister un peu longuement peut-être sur ces faits. Mais il y a là un principe d'antisepsie un peu trop négligé et laissé de côté. On touche trop facilement aux plaies et aux foyers septiques, sans se douter que le moindre attouchement dans ces plaies putrides peut ouvrir la porte d'entrée à l'infection purulente et à la septicémie.

Tel est le thème soutenu par M. le professeur Verneuil au congrès médical de Lyon. Telle est aussi l'opinion de Billroth. « Les matières putrides ne traversent pas les matières bourgeonnantes, bien organisées et intactes

(1) De l'auto-inoculation traumatique, par A. Verneuil. Rev. de chirurgie, 1884, p. 922.

aussi si l'on panse une plaie bien bourgeonnante chez un chien avec de la charpie trempée dans le liquide le plus fétide, il n'y aura pas résorption. Mais si l'on blesse la plaie et si le sang coule, si les lympbatiques sont ouverts, l'absorption se fera. »

La membrane granuleuse des plaies est donc « une barrière établie entre l'organisme qui veut rester sain et le foyer morbide ». Et grâce à cette barrière infranchissable si elle est intacte, ces plaies putrides sont compatibles avec une bonne santé générale. « Ces malades toxifères ne sont pas cependant empoisonnés, pas plus qu'une vipère par sa glande ».

Mais survienne une écorchure sur ce foyer septique et la mort peut s'en suivre.

Nous avons été frappé dès le début de nos études hospitalières de quelques morts rapides chez des femmes atteintes de corps fibreux. Nous avons vu à la suite de manœuvres les plus légères, des malades jusqu'alors bien portantes mourir avec les symptômes redoutables de la sépticémie la plus aiguë. Aujourd'hui, nous avons cru pouvoir étudier le mécanisme de ces accidents septiques et surtout voir s'ils ne pouvaient être évités ou combattus par l'application rationnelle de la méthode antiseptique.

Nous nous sommes demandé, si, dans bien des cas, le chirurgien ne devrait pas prendre sa part de responsabilité dans l'existence de ces phénomènes terribles et s'il n'aurait pas pu dans quelques cas en éviter ou en prévenir le développement.

CHAPITRE PREMIER.

En sectionnant un corps fibreux on est frappé de son aspect blanc nacré et de l'absence de vaisseaux sur cette masse parfois très volumineuse. Les myômes utérins sont en effet peu vasculaires.

Feuilletons les auteurs, compulsons les observations, que trouvons-nous ? L'accord presque unanime des observateurs pour constater l'anémie des fibrômes intra-utérins. Çà et là quelques cas isolés où l'on cite comme un fait curieux et rare l'existence de quelques vaisseaux, artère ou veine, dans la masse ou dans le pédicule de la tumeur. Cet état pour ainsi dire exsangue des polypes utérins est général et ces myômes télangiectasiques de Virchow sont la très rare exception.

Dans les cas ordinaires de fibrômes utérins à type classique, à peine trouvons-nous quelques cas où l'existence de vaisseaux soit nettement démontrée. Ces cas sont si exceptionnels, que les auteurs les ont décrits avec un soin jaloux. Résumons-les rapidement.

Saviard rapporte un cas où il trouva deux artères et deux veines (Churchill. *Traité pratique des maladies des femmes* 1874, p. 408).

Du Monceau signale une observation de polype utérin où il y avait dans le pédicule deux artères et une veine (Du Monceau. *Histoire d'un polype utérin.*) *Journal de Médecine.* A. Rioux, juillet 1868, t. XXIX, p. 535).

Vacoussin (Levret. *Mémoire de l'Académie de Chirurgie*, t. III, p. 533.) dit avoir senti dans le pédicule d'une tumeur une pulsation artérielle.

Hemming (*Case of polypus uteri, London medical and Surgical Journal*, 24 juin 1837) rapporte qu'il a déposé au musée de l'hôpital Saint-Barthélemy une tumeur fibreuse complètement injectée.

M. le professeur Trélat, dans une discussion à l'Académie de médecine (*Gez. Hebdom.* 20 octobre 1881), rapporte qu'il a rencontré dans le pédicule des tumeurs fibreuses intra-utérines des vaisseaux qui avaient la grosseur du petit doigt.

Ajoutons un cas signalé par M. Hanot et rapporté dans les bulletins de la Société anatomique (1873, t. XXVIII, p. 181), où il existait un véritable sinus veineux dans l'intérieur de la tumeur.

On pourrait multiplier ces cas, mais arrêtons ici cette liste déjà longue. Car ce sont là des faits isolés, exceptionnels, comparés à la fréquence si grande des fibrômes et le soin même que prennent les auteurs à rapporter ces cas où ils ont trouvé quelques vaisseaux prouve la curiosité et la rareté du fait. Comment vivent donc les fibrômes utérins si volumineux et si peu vasculaires. Leur existence ne ressemble en rien à celle de la plupart de nos tissus. Leur vie propre est en quelque sorte parasitaire; ils vivent aux dépens du tissu dans lequel ils ont pris naissance; le petit nombre de leurs vaisseaux étant insuffisant pour nourrir une masse aussi volumineuse et susceptible d'un accroissement parfois si considérable. Dans quelques cas même, ils n'ont aucune continuité avec le tissu uté-

rin, sauf par quelques adhérences anormalement établies, ils en sont isolés par un tissu cellulaire lâche et quelquefois par des bourses séreuses accidentelles. (Verneuil. *Bullet. Soc. Anatom.* T. XXXIX, 1864, p. 346.) Leur nutrition et leur accroissement se font là par une sorte d'imbibition.

Si nous avons insisté sur ce point, c'est que de là découle pour le sujet qui nous occupe un point important, nous dirons presque capital.

Reportons-nous, en effet, aux notions fondamentales de la pathologie et relatons ce qui a été écrit au sujet de l'inflammation en général. Mettant de côté toute hypothèse, ne prenant parti pour aucune des théories émises à ce sujet et nous bornant à constater un fait établi, nous pouvons rappeler que sans vaisseaux, il n'y a pas d'inflammation possible, que plus un tissu est riche en éléments vasculaires, plus il est sujet à s'enflammer et qu'au contraire plus il est pauvre en vaisseaux, plus rare sera chez lui l'inflammation. Précisons : l'inflammation ne se manifeste que dans les tissus vasculaires. Les cartilages, les poils, les ongles ne s'enflamment jamais ; la cornée ne s'enflamme que quand des vaisseaux nouvellement formés viennent de la périphérie pour pénétrer dans son intérieur (1).

Nous pouvons donc conclure de là que les corps fibreux ont peu de tendance à s'enflammer spontanément. C'est en effet un fait d'observation et leur peu de vascularité

(1) Follin, Traité élémentaire de pathologie externe, t. I, p. 3, 1873.

guide leur évolution dans un sens tout à fait opposé. Car ces tumeurs peu vasculaires peuvent être ou privées peu à peu de leurs vaisseaux ou voir leur circulation déjà si faible être entravée subitement. Dans le premier cas, les corps fibreux diminuent de volume, s'atrophient, et cette terminaison a été fréquemment observée après la ménopause, époque où le tissu utérin cesse d'être le siège d'une vascularisation active.

Dans le deuxième cas le fibrôme utérin suit les lois des tissus privés brusquement de vaisseaux, il se sphacèle. Et ici le sphacèle est chose facile, vu la pauvreté vasculaire de la tumeur. En effet, regardons évoluer la granulation tuberculeuse. C'est un produit mort-né, destiné dès qu'il se montré à dégénérer, à être éliminé et cela parce qu'il est complètement privé de vaisseaux. Pour les corps fibreux, le sphacèle n'est pas chose inévitable, nécessaire, fatale ; mais leur vie parasitaire, le petit nombre de leurs vaisseaux les expose plus que toute autre tumeur à la dégénérescence gangreneuse.

Tous les traités de gynécologie sont d'accord pour constater que la gangrène spontanée partielle ou totale est une terminaison fréquente des corps fibreux de l'utérus. Qu'on nous permette de résumer ici les opinions de Broca à ce sujet (Broca, *Des tumeurs*, p. 261 à 264) : « Un des premiers effets de la gangrène dans les tumeurs fibreuses de l'utérus produit l'infiltration œdémateuse, elle s'observe surtout sur les tumeurs qui ont acquis un certain volume. Elle peut se produire rapidement et donner lieu en peu de jours à un accroissement considérable. La sérosité infiltrée dissout les fibres et

ramollit le tissu dont la consistance peut diminuer et donner lieu à une véritable fluctuation.

Ce ramollissement est tout accidentel et en quelque sorte mécanique, il occupe en général toute l'étendue de la tumeur. Mais les hystérômes peuvent encore se ramollir par suite d'insuffisance de nutrition. Ces tumeurs, fort peu vasculaires en général, se nourrissent et s'accroissent presque exclusivement aux dépens des vaisseaux qui les entourent. Pendant que les couches superficielles se développent, les couches centrales de plus en plus éloignées de ces vaisseaux, de moins en moins accessibles aux sucs nutritifs qui pénètrent de dehors en dedans par imbibition, languissent, dépérissent et finissent par se dissocier. »

Broca cite le cas d'un énorme corps fibreux dont la partie centrale contenait plusieurs foyers de ramollissement, où le tissu pathologique était transformé en une sorte de pulpe gélatineuse à demi transparente ; la paroi de ces foyers n'était formée que par le tissu ramolli de l'hystérôme. L'infiltration calcaire des hystérômes serait également pour Broca une des conséquences d'un défaut de nutrition.

Que la nutrition devienne plus incomplète encore, qu'elle soit gênée pour une cause ou pour une autre, longueur du pédicule, constriction de la tumeur par l'utérus, mortification de la tumeur. Cette mortification, ordinairement partielle et limitée à la portion inférieure de la tumeur la plus éloignée de l'origine des vaisseaux, peut s'étendre et envahir toute l'étendue et toute l'épaisseur du corps fibreux.

De même nous empruntons à West (1) le passage suivant : « Un autre mode de disparition des tumeurs fibreuses, c'est la désagrégation de leur tissu et leur expulsion ultérieure. C'est une sorte de processus nécrobiotique de la tumeur, mais la manière dont il s'effectue n'est pas encore parfaitement comprise. Ce n'est point le processus inflammatoire avec ses résultats ordinaires. La tumeur fibreuse, lorsqu'elle est attaquée par l'inflammation, présente une coloration d'un rouge vif et sa vascularité augmente beaucoup ; en outre, une douleur locale et les symptômes généraux de l'inflammation se manifestent pendant la vie. La désagrégation de la tumeur se produit au contraire sans symptôme qui puisse la faire soupçonner ; l'excroissance se ramollit et se réduit à un putrilage boueux. Cette modification n'est pas rare dans les parties inférieures d'un polype fibreux, lorsqu'il fait saillie dans le vagin à travers l'orifice de l'utérus. La muqueuse qui le recouvre s'ulcère et, se trouvant ainsi privée de leur principale source de nutrition, les parties adjacentes de la tumeur perdent leur vitalité ; le tissu cellulaire qui réunit les faisceaux de ses fibres meurt le premier ; et quelquefois l'on constate que la tumeur présente à la partie supérieure ses caractères ordinaires de consistance et de solidité, tandis qu'inférieurement elle se divise en lamelles ou paquets de fibres, réunis par une matière boueuse frappée de mort. Peu à peu les fibres les plus résistantes se ramollissent

(1) West, Leçons sur les maladies des femmes, trad. de Mauriac, 1870, p. 323.

elles-mêmes et le processus nécrobiotique s'étend de proche en proche. Si l'on essaye d'enlever ce polype on est tout surpris de trouver que la masse qui était autrefois solide est maintenant si ramollie que les crochets la déchirent. »

Dans d'autres cas (1) ce sont les parties centrales qui se sphacèlent. Cruveilhier rapporte un cas de gangrène centrale d'un fibrôme; il s'agissait d'un corps fibreux sous-muqueux de forme polypeuse, dont le pédicule naissait de la lèvre antérieure du museau de tanche et de la portion correspondante du col utérin. Le polype était en entier contenu dans le vagin. Lorsqu'on en fit la section on constata que le centre contenait un foyer gangreneux, lequel s'était fait jour par plusieurs ouvertures jusqu'à la région antérieure du polype.

En continuant nos citations, nous trouvons, rapportée dans la thèse de M. Bernaudeau (Paris 1857), l'observation d'un polype présenté par M. Bourdon à la Société anatomique. Cette tumeur, développée dans l'épaisseur de la lèvre antérieure du col, se confondait avec la face antérieure de l'utérus. Au centre existait une cavité remplie de détritus et de pus. Sur la face on voyait un point un peu déprimé, et à ce niveau quelques orifices communiquaient avec le centre et donnaient issue à un pus sanieux.

Ce sphacèle, cette sérosité sanieuse en contact permanent avec la muqueuse utérine amenèrent une intoxication putride qui peut prendre des allures différentes :

(1) Thèse de Paris, n° 84, Dr Thérière.

tantôt, en quelques jours, la malade est enlevée de septicémie aiguë ou de péritonite généralisée, tantôt, au contraire, la mort est plus tardive ; cette absorption constante mais lente des produits putrides amène une sorte de septicémie chronique qui affaiblit progressivement les malades et qui, si l'on n'y porte remède, les conduit fatalement à la mort.

Dans une de ses cliniques (1), M. le professeur Verneuil faisait ressortir l'état constitutionnel qu'avaient acquis ces malades.

Les polypes utérins, en obturant plus ou moins l'orifice du col ou la cavité vaginale, amènent une rétention des sécrétions utérine ou vaginale. Ces sécrétions se putréfient car elles ne sont pas à l'abri de l'air et de ses germes. Elles irritent et enflamment les muqueuses qui s'excorient et absorbent le poison septique. Dès lors, les malades sont en proie à la septicémie chronique. De là, stéatose du foie, suppression de l'appétit, vomissements, métrorrhagies plus ou moins répétées et plus ou moins abondantes, anémie plus grande, en un mot augmentation des produits de putréfaction et dépression de plus en plus considérable des forces.

C'est bien plus par ces accidents septiques que par les métrorrhagies que meurent les femmes atteintes de polypes fibreux de l'utérus.

Nous avons voulu par ce long exposé faire toucher du doigt ce fait : à savoir que le chirurgien qui explore et examine un corps fibreux de l'utérus, plonge son doigt,

(1) Varneuil, Clinique orale de la Pitié, 8 janvier 1879.

ses instruments, dans un foyer essentiellement putride et que si lui et ses instruments sont absolument irréprochables, l'opérée et le milieu dans lequel il opère (la cavité vaginale) sont loin de remplir les conditions qu'exige et que réclame une bonne antisepsie.

Mais avant d'aller plus loin et pour mieux connaître le danger qu'il y a souvent à explorer ce terrain à sécrétion putride, montrons que spontanément, sans autre influence que l'évolution pure et simple de la tumeur, la mort a pu être la fatale conséquence de ces inoculations permanentes de matières septiques qui s'élaborent à travers la muqueuse utérine. Les observations abondent sur cette question, les recueils de gynécologie regorgent de ces faits, aussi devons-nous borner notre choix à des exemples nets et probants, capables d'éclairer et d'entraîner la conviction.

Le premier fait que nous relatons appartient à M. le Dr Girandeau qui l'observa sur une malade du service de M. le professeur Hayem, dont il était l'interne.

Observation I. — Marie X..., âgée de 42 ans, entre le 23 mai 1882 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Grisolle, n° 15, dans le service de M. le professeur Hayem.

A l'âge de 24 ans cette femme, d'une bonne santé habituelle, bien réglée jusqu'à cette époque, fut prise d'ascite qui nécessita une première ponction. Le liquide qui s'écoula était clair, mousseux et fut évalué à environ 8 litres. A la suite de cette première ponction le liquide se reproduisit très vite, si bien qu'en l'espace de dix-huit mois on pratiqua une quinzaine de ponctions dont la malade porte encore les traces au côté gauche de l'abdomen sous forme de petites cicatrices blanches. L'état général

était cependant relativement bon après chaque ponction, la malade reprenait ses occupations au moins pendant quelques jours. A deux reprises, elle eut des métrorrhagies assez abondantes, mais qui ne reparurent plus. Au bout de dix-huit mois, le liquide ascitique cessa de se produire et la malade se considéra comme guérie. Son ventre cependant resta dur, volumineux, mais elle n'y prit garde. Mariée à 30 ans, elle n'a jamais eu d'enfants. Sa santé resta excellente jusqu'au 15 mai 1882. A la suite d'un effort, elle éprouva une vive douleur dans l'abdomen, bientôt elle fut prise de frissons multiples, de vomissements bilieux et elle fut obligée de garder le lit. Ces symptômes n'ayant fait que s'aggraver, on l'apporta à l'hôpital le 23 mai, c'est-à-dire huit jours après le début des accidents.

A cette époque, la fièvre était intense, la face rouge, vultueuse, la langue noire et sèche; il existait, en outre, quelques vomissements jaunâtres peu abondants et une dyspnée assez prononcée que l'examen de la poitrine n'expliquait pas. Le ventre était un peu ballonné et peu douloureux à la pression. Celle-ci permettait de constater dans la moitié inférieure de l'abdomen une tumeur nettement circonscrite, s'enfonçant en bas derrière le pubis et remontant en haut dans l'hypochondre gauche, à trois travers de doigts de l'ombilic. Le palper abdominal et le toucher vaginal combinés permettaient de s'assurer que cette tumeur était développée aux dépens de l'utérus. Le col refoulé en arrière, était conique comme chez les primipares. Son orifice inférieur n'était pas entr'ouvert, à travers le cul-de-sac vaginal antérieur on sentait une masse volumineuse faisant corps avec l'utérus. Les mouvements communiqués à l'utérus étaient peu étendus, limités par des adhérences et douloureux. Pas d'écoulement par le vagin; les urines étaient rares et très colorées, contenant une grande quantité d'albumine, mais PAS DE SUCRE. Le pouls est fréquent (110), petit. La T° est de 39,5.

24 mai. Etat général plus grave, abattement, pas de délire, vomissements persistants, mais peu abondants, soif vive, frissons répétés. T. R., 40°. Sulfate de quinine, 2 gr. en 4 paquets.

— Soir. Nous constatons sur la face antérieure de l'avant-bras gauche l'existence de deux plaques rouges, larges de 0m.405, douloureuses à la pression, s'effaçant entièrement lorsqu'on les comprime. Subdélirium la nuit.

Le 25. Fièvre très forte, T. 40°5, délire.Les vomissements ont cessé. Toute la partie inférieure de l'avant-bras gauche est rouge sombre, au niveau du poignet, il existe une plaque violacée, gangrenée, sans tuméfaction ; le pouls a disparu au poignet et au pli du coude, on le retrouve difficilement dans l'aisselle. La sensibilité cutanée est nulle dans toute l'étendue du membre supérieur gauche. A droite, à la face antérieure de l'avant-bras on constate l'existence de deux ou trois plaques rouges sans saillie au niveau desquelles la sensibilité est conservée. Ces plaques sont en tout point semblables à celles qui existaient la veille au soir sur l'avant-bras gauche. Au-dessus de la malléole interne droite, on trouve en outre une plaque de 0m.04 de diamètre, identique à celle que nous venons de décrire.

A onze heures, c'est-à-dire deux heures après la visite du matin, tout l'avant-bras gauche est violacé et froid, les battements ne sont plus perçus dans l'aisselle, les veines sous-cutanées dilatées apparaissent sous forme de cordons bleuâtres. M. Kirmisson,appelé par M. Hayem, pratique au niveau de la plaque gangrenée une incision longitudinale qui n'est pas perçue par la malade et qui ne donne issue ni à du pus, ni à du sang, ni à des gaz. Le derme et le tissu sous-cutané sont d'un rouge sombre, l'aponévrose est brunâtre. A droite, les plaques sont augmentées d'étendue, elles sont d'un rouge plus sombre. La sensibilité et le pouls sont conservés de ce côté. Rbum, 200 gr.

A quatre heures de l'après-midi, la malade est dans le coma complet ; la T. R. est de 40,5, les membres inférieurs et supérieurs sont froids, les plaques gangreneuses remontent jusqu'aux bras. Le pouls n'est plus perçu ni à droite, ni à gauche. Les bruits du cœur sont tumultueux et sourds. A six heures, mort.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen on trouve les anses

intestinales reliées entre elles par des adhérences fibreuses anciennes; mais il n'existe de pus nulle part.

L'utérus présente un volume considérable, son col est sain, mais au niveau du corps, on constate la présence d'un corps fibreux interstitiel du volume d'une tête d'adulte, occupant surtout la moitié gauche de l'organe et recouvert par le péritoine très épais et très adhérent. Cette tumeur, calcifiée dans la plus grande partie de son étendue, présente dans son intérieur de vastes sinus tortueux à parois calcaires contenant des détritus sanieux et brunâtres dans une matière semi-liquide, contenant encore en suspension de petits corps bruns, dont le volume varie depuis celui d'un grain de sable jusqu'à celui d'un pois. Examinés au microscope, ils semblent formés par de l'hémoglobine altérée.

Les veines utérines et iliaques internes contiennent du sang noirâtre, poisseux et communiquent en un point manifestement avec l'un des sinus que nous venons de décrire.

Le foie, recouvert par une coque fibreuse, épaisse, est mou et flasque. Ses dimensions et sa coloration sont normales.

Les reins sont tuméfiés, blanchâtres, la capsule s'enlève facilement et en se détachant enlève une partie de la substance corticale. Celle-ci est augmentée de volume, d'un blanc jaunâtre; les pyramides de Malpighi, au contraire, sont violacées.

La rate est tuméfiée, diffluente.

Les poumons sont congestionnés dans toute leur étendue mais ne présentent ni infarctus, ni abcès.

Les plèvres sont saines ainsi que le péricarde.

Le cœur est volumineux, le ventricule droit contient quelques caillots noirâtres post mortem; les valvules sont saines.

Au niveau de l'avant-bras gauche, les muscles de la région antérieure sont mous, d'une coloration brun foncé, ils se laissent facilement déchirer.

Les nerfs sont congestionnés et dans l'épaisseur du nerf médian on trouve par places des ecchymoses interstitielles.

Les artères sont vides de sang et ne contiennent aucun caillot, leur tunique interne est fortement colorée en rouge.

Les veines contiennent des caillots, gelée de groseille, mélangés à des gaz qui les distendent, leur membrane interne est violacée.

Le tissu cellulaire sous-cutané et intermusculaire est infiltré de sérosité roussâtre.

A l'avant-bras droit, ainsi qu'à la jambe droite, les muscles sont infiltrés d'une matière gélatineuse, jaunâtre, que l'on retrouve également dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Les articulations sont saines.

Cette remarquable observation méritait d'être relevée à plus d'un titre. On est frappé de l'apparition d'accidents septicémiques aussi graves et aussi rapides: frissons, fièvres, symptômes généraux et mort en quarante-huit heures. Mais nous voulons surtout mettre en relief deux choses ; la spontanéité de la septicémie survenant sans cause occasionnelle appréciable et par ce mécanisme exceptionnel d'ouverture de foyer putride dans une veine utérine et enfin la uature gangreneuse de cette septicémie.

La gangrène des membres, sa marche presque foudroyante mettent bien en vue cette infection subite de toute l'économie par l'ouverture d'un foyer putride dans le torrent circulatoire. Ici le mécanisme est brutal, visible et ses conséquences foudroyantes. mais ce fait, dans son exceptionnelle rareté, est la démonstration de ce qui se passe en petit pour les vaisseaux bien plus ténus et de calibre moindre, lorsque ceux-ci, entr'ouverts par la moindre érosion, baignent dans la sécrétion septique des corps fibreux.

Les cas sont nombreux où, par ce dernier mécanisme, on a vu survenir la septicémie. Nous empruntons aux *Bulletins de la Société Anatomique* une observation due à M. le professeur Gosselin (1). Cette observation très complète a suivi pas à pas la maladie dans son évolution ; mais comme elle est très longue, on nous permettra de la résumer seulement ici, en négligeant les détails qui ne se rattachent pas directement à notre sujet.

Obs. II. — *Tumeur fibreuse de l'utérus. Expulsion partielle. Péritonite. Mort.* — Une femme de 38 ans entre le 10 décembre 1862 au n° 16 de la salle Saint-Augustin dans le service de M. le professeur Gosselin. Jamais d'enfants, depuis quatre ans ses époques menstruelles étaient marquées par des hémorrhagies abondantes d'une durée moyenne de dix jours. Ces hémorrhagies amenaient un assez grand épuisement.

La palpation permet de constater dans l'abdomen une tumeur arrondie régulière, remontant au-dessus de l'ombilic, dure, résistante, indolente, mobile sous la pression. Après une discussion sur la nature de cette tumeur, on conclut comme étant de beaucoup le plus probable à un corps fibreux de l'utérus, comprimant légèrement le rectum et la vessie.

Le 24 décembre, tamponnement avec des bourdonnets de charpie imprégnés dans une solution de perchlorure de fer au tiers. Douleurs assez vives qui font retirer le tampon deux jours après. Repos, réfrigérants, toniques.

Amélioration notable jusqu'au 14 janvier.

A cette date, les menstrues revenant, nouvelle hémorrhagie suivie de douleurs vives dans l'abdomen, de frissons, nausées et vomissements. L'état général s'aggrave.

Au bout de 4 ou 5 jours, ergotine. Sous son influence, les pertes

(1) Bulletin de la Société anatomique, 1863, p. 182.

diminuent, mais le ventre devient de plus en plus sensible à la pression ; les douleurs prirent un caractère continu, le facies se grippa.

Jusqu'au 12 mars les symptômes observés furent surtout : des douleurs abdominales, de l'œdème des membres inférieurs, une dureté considérable du ventre, de l'inappétence et un affaiblissement très marqué.

Le 12 mars, crises douloureuses avec un besoin continuel d'uriner, puis la malade rendit une portion considérable de sa tumeur après des efforts multipliés et douloureux comme si elle allait accoucher. Cette tumeur, dont *l'odeur est repoussante*, égalait en volume la tête d'un fœtus de 6 mois.

Après cette expulsion, grand affaiblissement et aggravation de l'état général.

22 mars, frissons et vomissements.

13 avril. Nouveaux frissons très intenses avec vomissements opiniâtres et prostration extrême.

Le 16. Mort dans la soirée.

Autopsie. — Cavité abdominale remplie d'un liquide purulent, le péritoine recouvert de fausses membranes surtout dans l'excavation pelvienne. — Adhérences multiples reliant entre elles les anses intestinales. Utérus à parois hypertrophiées et dures, contenant dans leur épaisseur un corps fibreux gros comme une noisette. Cavité utérine notablement agrandie contenant une certaine quantité de pus sanieux. Sur sa paroi antérieure on voit une cavité anfractueuse, irrégulière, remplie de même pus et pouvant à peu près contenir une noix.

Ce sphacèle, si dangereux par ses produits septiques, survient donc spontanément et souvent à l'occasion de tentatives d'expulsion naturelle. Le corps fibreux, nous l'avons dit, est une tumeur parasitaire de l'utérus. Lorsque cet organe, irrité par sa présence, se contracte pour

le chasser de sa cavité, il ne le peut sans comprimer la tumeur elle-même et par conséquent sans diminuer sa vitalité déjà si faible. C'est pour cette raison que les expulsions spontanées des corps fibreux sont si souvent mortelles, parce qu'elles amènent le sphacèle de la tumeur avant de l'éliminer.

Broca, dans son traité des tumeurs (1), rapporte le fait suivant que nous allons résumer :

Obs. III. — Il s'agit d'une dame des Batignolles qui était parvenue à un état d'anémie très grave par suite d'hémorrhagies dues à un corps fibreux du volume d'un œuf d'autruche; depuis cinq ans les pertes ne s'étaient pas arrêtées un seul jour, mais depuis quelques semaines leur abondance avait été telle qu'elle avait nécessité le tamponnement. Broca administre du seigle ergoté qui arrête les pertes, mais détermine un travail d'expulsion. Le quatrième jour du travail la tumeur faisait dans le vagin une saillie arrondie, mais le travail n'avançait plus ; l'opération est décidée. La tumeur est saisie avec des pinces de Museux, mais le tissu ramolli de l'hystérôme et friable céda à plusieurs reprises ; on eut beau faire pénétrer des pinces jusqu'à une profondeur de cinq à six centimètres, on amena chaque fois des lambeaux de tissu mollasse et fétide sans pouvoir parvenir sur une base capable de résister à la traction des instruments. Les fragments extraits étaient dans un état de décomposition avancée et il était clair que la tumeur était gangrenée, sinon en totalité, du moins à la partie inférieure. Il fallut s'arrêter. Malgré plusieurs attouchements avec des tampons de charpie imbibés de coaltar saponiné et portés presque dans l'utérus et malgré l'expulsion de plusieurs masses gangreneuses, l'infection putride se manifeste et l'opérée succomba cinq jours après l'opération.

(1) Broca, Traité des tumeurs, t. II, p. 273, 274.

Dans les bulletins de la Société anatomique (1), nous trouvons un fait observé dans le service de M. Després, à Cochin :

Il s'agit d'une femme tourmentée depuis quelque temps par des pertes dues à un polype fibreux intra-utérin. La santé générale était cependant assez satisfaisante pour permettre à la malade de faire son travail habituel.

Le 25 novembre se manifeste un travail d'expulsion spontanée qui oblige la malade à garder le lit.

Le 15 décembre, mort. Pas d'autopsie.

Les détails manquent et n'étaient les réflexions dont l'interne de M. Després a fait suivre la présentation de ses pièces, nous n'aurions pu enregistrer ce fait dans le dossier des accidents septiques.

« Sous l'influence du repos au lit, la malade a eu des eschares au sacrum, de la pneumonie hypostatique, de l'incontinence d'urines et des matières fécales et de la parésie des membres inférieurs. »

Nous ne saurions partager la manière de voir de M. Berdinel, interne de M. Després, et nous sommes étonné que vingt jours de repos au lit aient suffi pour causer tous ces désordres et finalement la mort, que d'après les symptômes observés nous devons rattacher d'une façon incontestable à la septicémie.

Nous pourrions multiplier ces faits où la gangrène des fibrômes utérins, leur ulcération, en laissant écouler un liquide sanieux, putride, au milieu d'une cavité muqueuse riche en vaisseaux sanguins et lymphatiques, ont déterminé la mort par septicémie aiguë. Mais, pour ne

(1) Bull. Soc. anat., 1875, p. 751.

point rester à la même place et avancer un peu dans notre travail, il nous faut maintenant faire voir que ces corps fibreux de l'utérus si dangereux spontanément, le sont encore davantage quand une cause occasionnelle quelconque vient leur prêter la main.

L'on connaît la rareté de la coexistence des fibrômes et de l'épithélioma utérin ; mais quand ces deux néoplasmes coexistent la mort arrive plutôt par accidents septiques que par cachexie cancéreuse et doit être mise sur le compte du fibrôme, bien plutôt que sur celui de l'épithélioma.

Témoin l'observation suivante que nous devons à l'obligeance de notre jeune maître et ami le Dr Ricard, prosecteur des hôpitaux, et qui provient d'une malade du service de M. Verneuil.

Obs. IV. — *Epithélioma du col. Polype fibreux de l'utérus. Mort par péritonite aigüe.* — La nommée Dauge, Marie, 52 ans, entre le 25 juin à l'hôpital de la Pitié, salle Lisfranc, lit n° 16, dans le service du professeur Verneuil.

Cette femme a eu deux enfants qui se portent bien, l'accouchement et ses suites se sont effectués dans d'excellentes conditions. Toujours bien réglée, grande, vigoureuse, elle n'a jamais été malade et n'a pris le lit que pour ses couches.

Depuis 2 ans ses règles ont augmenté d'abondance et de durée et constituaient de véritables pertes, elles finirent par affaiblir la malade ; bientôt l'époque menstruelle n'exista plus, car l'écoulement de sang était devenu permanent et il n'y avait pas de jour où ses linges ne fussent teints de sang, quelquefois en certaine abondance.

27 juin. A l'examen on trouve le col gros, irrégulier, dur, rouge et présentant une lèvre postérieure volumineuse proéminente, du volume d'une grosse noisette. Le col est entr'ouvert et

admettrait la pulpe du petit doigt. L'examen détermine un suintement sanguin assez abondant. M. Verneuil, à cause de la durée des pertes, de l'absence d'odeur de l'écoulement, de la santé relativement bonne de la malade, exclut l'idée de carcinome et pense à un corps fibreux de l'utérus.

La malade est reportée dans son lit.

A la suite de cet examen, les pertes n'ont pas cessé, elles sont même devenues assez importantes pour qu'on tentât de les arrêter par des piqûres d'ergotine, de la glace sur le ventre, le décubitus complet et des injections froides dans le vagin.

Pendant 12 jours, rien de spécial, l'écoulement diminue et sauf quelques lavements et purgatifs nécessités par le constipation opiniâtre dont la malade est tourmentée, les pertes diminuent, puis disparaissent et l'état général est satisfaisant.

10 juillet. La malade se lève pour la première fois. L'examen au spéculum et le toucher vaginal, dont on s'était soigneusement abstenu, pendant la période hémorrhagique, doivent être repris à la fin de la semaine. On prescrit à la malade des injections phéniquées, car un soir, en soulevant les draps, on fut frappé de l'odeur fétide que répandait la malade.

Le 13. La malade est prise subitement d'accidents péritonéaux graves : ballonnement extrême du ventre, vomissements bilieux incessants, pouls petit, filant. T. 38° 9, le matin, 40° 2 le soir. Le facies s'étire et prend l'aspect caractéristique. La malade meurt le 15 juillet au matin.

Autopsie faite 36 heures après la mort.

La température élevée qu'il faisait en ce moment nous a forcé, à notre grand regret, de faire une autopsie partielle ; le décomposition du corps était telle, qu'il était infiltré de gaz et absolument méconnaissable. Nous nous sommes contenté d'ouvrir l'abdomen et après avoir constaté une péritonite généralisée caractérisée par la congestion instestinale, les fausses membranes glutineuses qui existaient partout et surtout par un litre de pus collecté dans le petit bassin, nous avons enlevé l'utérus et ses annexes.

L'Utérus est volumineux, à parois épaisses et dures, les trompes sont remplies de pus, les ovaires ramollis et purulents. En fendant l'utérus, on constate dans son épaisseur à droite et près du fond, un petit corps fibreux du volume d'une noisette et dans l'intérieur de la cavité utérine un petit polype de la grosseur du précédent et attaché par un pédicule juste à la partie médiane du fond de l'utérus ; la muqueuse qui le recouvre est grisâtre.

Le col utérin est ramolli, diffluent et envahi par une ulcération bourgeonnante qui rappelle tous les caractères extérieurs de l'épithélioma ; à la coupe, il se montre blanc et friable. L'examen histologique confirme l'hypothèse basée sur les caractères macroscopiques.

En un mot, cette malade porte à la fois un polype fibreux intra-utérin et un cancer du col. La péritonite suppurée à laquelle elle a succombé est rare dans l'épithélioma du col, fréquente au contraire dans le fibrome. C'est donc ce dernier qui doit en être accusé, mais il a trouvé dans la présence de l'épithélioma un adjuvant utile qui, par sa sécrétion, par la congestion et l'ulcération de la muqueuse utérine, a fait naître toutes les conditions favorables à l'infection.

D'autres faits viennent encore nous montrer la fréquence de ces redoutables infections dues à la présence des corps fibreux dans l'utérus.

Nous trouvons encore un exemple de péritonite suppurée ayant amené la mort chez une malade atteinte de fibrôme utérin, et observée par M. Ch. Remy alors interne de M. Lancereaux (1).

(1) Bull. Soc. anat., 1875, p. 220.

Obs. V. — *Péritonite purulente aiguë. Polype fibreux de la cavité utérine. Pleurésie purulente du côté droit. Mort.* — Rousseau (Marie), âgée de 53 ans, couturière, entre le 15 mars 1875 à l'hôpital de Lourcine, service de M. Lancereaux.

Cette malade raconte que, depuis le siège, elle a des hémorrhagies utérines peu abondantes revenant tous les quinze jours; malgré cela, elle a toujours travaillé et n'a cessé sun travail qu'il y a huit jours. A cette époque, elle fut arrêtée par des douleurs subites dans le ventre sans vomissement, avec fièvre e s douleurs n'ont pas cessé depuis leur apparition ; deux jours après le début, survint du tympanisme. État actuel : la malade est affaissée. L'intelligence est nette. Teinte subictérique des conjonctives. Face couverte de sueur. Extrémité des doigts bleuâtres. Langue légèrement refroidie et rouge. Parole affaiblie. Ballonnement du ventre un peu plus prononcé à gauche qu'à droite. Tout l'abdomen est sonore. Œdème de la paroi abdominale. Le toucher vaginal permet de constater qu'il n'existe aucune lésion sur le col de l'utérus ni sur les parois du vagin. Pouls petit, filiforme, fréquent, à 120 pulsations. Matin, T. axill., 37°,5, Limonade vineuse, café, lavement purgatif. Vésicatoire de chaque côté de la ligne blanche. Soir, T. 39°,7. Deux vomissements fécaloïdes dans la journée. Mort le soir à 5 heures, le 16 mars.

Autopsie. — Les intestins adhèrent faiblement les uns aux autres. Fausses membranes fibrino-purulentes siégeant surtout dans les sinus que forment deux anses voisines en s'accolant. Vésicule biliaire affaissée, contenant des calculs. Le rectum adhère, dans une grande partie de son étendue, aux annexes de l'utérus et notamment à la trompe gauche. Rien à la vessie.

L'utérus est augmenté de volume. Dans la cavité de l'utérus qui est augmentée de volume, existe un corps fibreux du volume d'un œuf de pigeon ; il remplit la cavité utérine et est implanté sur le fond par un pédicule très peu rétréci relativement au reste du polype. Les orifices des cornes de l'utérus sont libres. Le cul-de-sac rétro-utérin n'existe plus ; adhérence totale de la face

postérieure de l'utérus avec le rectum; le cul-de-sac vésico-utérin est intact. A gauche, l'ovaire, du volume d'un petit œuf de poule, est plein de pus; la trompe, du même côté, est accolée à la face postérieure de l'utérus et à l'ovaire qu'elle contourne; elle est dilatée, mais sa muqueuse n'a pas suppuré, elle est perméable dans toute son étendue. A droite, l'ovaire est moins altéré; il est rougeâtre et contient un caillot récent. La trompe, qui a la même situation que celle du côté opposé, contient du pus. Le péritoine qui tapisse ces organes est très épaissi. Le point de départ de la péritonite est évidemment dans les annexes de l'utérus. Le foie a un volume normal, il paraît aplati; il a un aspect légèrement granuleux et contient quelques granulations jaunes. Cœur chargé de graisse. Oreillette et ventricule droits remplis par un caillot fibrineux. Poumons œdématiés, emphysémateux. Fausses membranes purulentes à la base de la plèvre droite.

Dans les mêmes bulletins nous lisons une observation due à Chantreuil, et ayant trait à une malade du service de notre excellent maître M. le Dr Gallard.

Obs. VI. — *Tumeurs fibreuses de l'utérus. Métrorrhagies abondantes. Mort. Autopsie.* — L... (Claire), âgée de 46 ans, cuisinière, entre le 27 août 1867 à l'hôpital Lariboisière, service de M. le Dr Gallard.

L... était d'une bonne constitution avant le début des accidents qui l'amènent à l'hôpital. Sa mère est morte d'un cancer du sein.

Réglée à 16 ans 1/2, sa menstruation s'est montrée régulière. Mariée en 1840, elle eut la même année un enfant, puis un second en 1847, c'est-à-dire il y a vingt ans. Les suites de couches furent bonnes dans les deux cas. A cette époque, la santé de cette femme était excellente. Il y a sept ou huit ans, cette femme eut une perte abondante dont elle fixe la durée à six semaines environ; cette métrorrhagie survint à la fin des règles.

La malade se rétablit complètement; aucun écoulement blanc ou rouge ne suivit cette perte. Quelque temps après, cette femme, qui était veuve depuis dix ans, contracta un second mariage; pendant quatre ans, les règles restèrent régulières dans leur apparition et leur quantité. Il y a trois ans, survint une deuxième perte très abondante avec caillots sanguins et volumineux; la malade prétend qu'un médecin appelé constata la présence d'un embryon, cependant il n'y avait eu aucun retard dans les règles. En résumé, si la métrorrhagie est évidente, l'avortement l'est beaucoup moins. En effet, la malade continua à perdre pendant trois mois, et, à chaque visite, le médecin retirait des caillots. Après ces trois mois la perte s'arrêta complètement, la malade reprit ses forces et les règles reparurent régulières. Enfin, il y a trois mois, nouvelle métrorrhagie très abondante. Caillots nombreux et volumineux. Après le sang pur s'écoule un liquide roussâtre, non odorant; cet écoulement dure jusqu'au 15 août.

A son entrée à Lariboisière, le 27 août 1867, plus d'écoulement, mais anémie très marqués. Facies amaigri, teinte cireuse de la peau; perte absolue des forces. Bruit de souffle au premier temps et à la base du cœur. Bruit de diable dans les vaisseaux du cou.

L'abdomen, volumineux, est sensible à la pression. Le palper fait de plus constater la présence d'une tumeur ovoïde remontant au-dessus de l'ombilic et se perdant en bas dans les fosses iliaques. Consistance générale assez résistante; cependant, à gauche, se trouvent quelques bosselures ramollies. Au toucher vaginal, col complètement effacé; tumeurs très volumineuses occupant le petit bassin. Orifice, du diamètre d'une pièce de 2 fr., situé en arrière. En pénétrant dans l'utérus à travers cet orifice, on sent à gauche une petite tumeur se rattachant à la masse totale, qui tend à faire saillie à travers cet orifice.

Quelques jours après son entrée dans les salles, cette femme fut prise de frissons avec claquements de dents plusieurs fois répétés; le pouls devint fréquent, la peau sèche, la langue et les

lèvres fuligineuses, un peu de délire nocturne, prostration, en un mot état typhoïde bien caractérisé.

La malade succomba à une phlébite des sinus utérins et à l'infection purulente qui en fut la conséquence.

Autopsie. — L'examen microscopique montra du pus dans les veines du petit bassin. Le ligament large droit est rempli de pus crémeux; on y trouve également des veines contenant des caillots fibrineux et stratifiée.

L'utérus et la tumeur constituent une seule masse, qui a la forme d'un utérus gravide au terme de six mois. La face postérieure de cette masse est plane et présente une légère concavité au niveau de l'angle sacro-vertébral. La face antérieure est globuleuse, obliquement traversée par le ligament rond, qui est très volumineux et aplati. Le ligament large du côté gauche semble s'insérer sur la tumeur et non sur l'utérus, de telle sorte qu'au premier abord l'ovaire et la trompe paraissent sessiles.

En disséquant les parties qui constituent les ligaments larges, on voit que les trompes viennent s'insérer sur le fond de l'utérus, au niveau des cornes de cet organe; la droite à l'extrémité supérieure du bord droit, la gauche au niveau de l'union du tiers droit et des deux tiers gauches de la masse totale.

L'ovaire droit est situé en haut du bord droit, presque complètement sessile, en arrière de la trompe.

L'ovaire gauche est situé à deux travers de doigt du bord gauche, en arrière de la trompe du même côté. Le volume de la trompe est peu augmenté, il n'en est pas de même de celui des ovaires. L'ovaire gauche a $0^{m},04$ de large, $0^{m},06$ de long, $0^{m},01$ d'épaisseur. L'autre est un peu moins considérable. On y trouve des petites nodosités dures et blanchâtres, qui ne sont autre chose que de petits corps fibreux.

Les veines sont volumineuses et remplies de caillots.

La face antérieure de la masse totale est blanche, avec quelques arborisations veineuses situées sous la couche sous-péritonéale.

La face postérieure est blanche dans son tiers moyen, violacée

dans son tiers inférieur d'une manière uniforme ; dans le tiers supérieur, marbrures produites par une vascularisation fine: c'est surtout sur les parties latérales que l'on remarque cette particularité.

La consistance générale de la tumeur est d'une dureté élastique ; mais en haut et à gauche, au-dessus du ligament rond et même un peu bridée par lui, se trouve une bosselure d'une consistance molle.

Les dimensions de la tumeur sont : hauteur, $0^m,22$; largeur, $0^m,19$; épaisseur, $0^m,13$; circonférence, $0^m,55$. Poids, 4 kil. 250 gr.

L'examen du col montre qu'il est effacé, qu'il existe un orifice assez dilaté pour permettre au doigt indicateur de pénétrer dans la cavité utérine. Si on ouvre cette cavité, en s'efforçant de suivre son bord gauche, on voit que celui-ci décrit une courbe à concavité gauche, et que la cavité utérine distendue est attirée tout entière à droite de la tumeur fibreuse. Cette cavité, cathétérisée avant d'être ouverte, se présente sous la forme d'un croissant dont la longueur atteint, en suivant sa courbe, $0^m,22$; les dimensions sont de $0^m,06$ dans le sens transversal au niveau du tiers moyen ; elles sont un peu moindres en haut qu'en bas.

La paroi postérieure présente une couleur rosée, un peu livide, et un aspect aréolaire qui rappelle de loin l'aspect de l'intérieur des auricules du cœur.

La face sinistro-antérieure de l'utérus offre deux parties bien distinctes ; dans son tiers inférieur, elle est sillonnée par une grosse veine turgide et remplie de caillots fibrineux, comme le montre l'incision de ses parois. Autour de cette veine, on voit des arborisations plus ou moins fines. On rencontre également à la surface de la muqueuse des œufs de Naboth bien développés et l'aspect aréolaire déjà signalé sur la face postérieure.

La partie supérieure de la cavité utérine a des parties blanchâtres, lisses ; deux cornes ou infundibula, répondant l'une à la trompe droite, l'autre à la trompe gauche, viennent s'y ouvrir.

Les parois de la cavité utérine, examinées sur la coupe pratiquée au niveau du bord gauche, sont épaisses de $0^m,006$, environ en bas et au milieu; dans la partie supérieure, elles atteignent environ $0^m,02$ d'épaisseur. En pratiquant des coupes sur ces parois, on voit qu'elles ont un aspect violacé, rosé dans certains endroits, et qu'elles renferment de petits corps fibreux qui s'énucléent facilement et dont le volume va d'un pois à une noisette.

La grosse tumeur située à gauche de l'utérus étant fendue en avant, on y trouve une série de couches d'apparence fibreuse, d'une épaisseur de $0^m,004$ en bas et de $0^m,012$ en haut; ces couches constituent une enveloppe contenant la masse de la tumeur. Celle-ci comprend deux portions : l'une blanchâtre, située dans le tiers inférieur, paraissant formée de tissu fibreux disposé en lobules, et se confondant avec les couches corticales ; l'autre située au niveau des deux tiers supérieurs, d'une couleur rosée, ayant l'aspect d'une tranche de gigot saignant. C'est dans cette portion, surtout, que le microscope a démontré une grande quantité de fibres musculaires de la vie organique.

Dans toute l'épaisseur de la tumeur, mais surtout dans les parties rouges, on voit les orifices de section des veines dilatées et contenant des caillots fibrineux; à la partie supérieure de la masse totale, et en bas vers l'union de la partie rouge et de la partie blanche, ces sinus acquièrent le volume d'une plume de corbeau et les caillots y sont manifestement stratifiés et canaliculés au centre.

Là encore la péritonite est manifestement consécutive à l'existence d'un polype intra-utérin ; mais dans cette observation prise avec détail et minutieusement rapportée, nous relevons un fait que nous utiliserons plus tard : c'est que la péritonite, débutant par de violents frissons, s'est montrée, peu de jours après l'entrée de la malade et à la suite d'un toucher vaginal pratiqué longuement et

après introduction d'un doigt ou d'un inatrument dans la cavité utérine elle-même.

Que pouvons-nous conclure de tout ceci ? Sinon que les fibromyômes de l'utérus sont spontanément la cause et l'origine d'accidents septicémiques d'une terrible gravité; que la moindre cause occasionnelle peut déterminer ces accidents en venant en aide à ce danger encore latent. En un mot, nous avons tenu à démontrer ce fait, à savoir que le fibrôme, par sa faible vitalité, par sa nutrition imparfaite, est exposé à se ramollir, se désagréger, se putréfier ; que ce putrilage baignant une muqueuse congestionnée et irritée par la présence du fibrome lui-même, se trouve dans de bonnes conditions pour être absorbé. Cette absorption lente ou rapide détermine une septicémie foudroyante ou chronique qui amène la mort de la malade.

CHAPITRE II.

Nous comprenons, dès lors, que le chirurgien doive éviter tout ce qui peut occasionner ce ramollissement putride du corps fibreux et que tous ses efforts doivent tendre à l'éviter, loin de vouloir le produire.

Il n'est pas besoin, pour que les accidents septiques se produisent, que la masse entière soit sphacélée ou qu'une partie notable de la tumeur soit en état de ramollissement putride, il suffit que la muqueuse qui revêt le fibrôme soit seule ramollie, ulcérée pour amener la sécrétion putride et son inoculation dans l'organisme de la malade. Aussi, dans ces conditions, le moindre traumatisme de ce foyer morbide, en créant une excoriation, si petite soit-elle, ouvre une porte suffisante à l'introduction du produit septique dans la circulation.

Ici les faits observés sont bien probants et frappent vivement l'esprit de l'observateur qui veut attentivement les analyser.

Obs. VII. — *Polype de l'utérus*, par Heydenreich, interne des hôpitaux (1). — Hortense X..., mariée, âgée de 49 ans, entre le 16 septembre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de notre excellent maître, le professeur Richet. Elle était atteinte d'une métrorrhagie qu'elle attribuait à une violente émotion, et qui d'ailleurs ne tarda pas à disparaître. Pendant un séjour de deux mois à l'hôpital, à partir de ce moment, elle ne présente plus que les symptômes d'une métrite avec mouvement fébrile. Le tou-

(1) Bull. soc. anat. 1874, p. 769.

cher veginal et l'examen au spéculum font constater que le col de l'utérus est rouge et volumineux.

Le 6 novembre, le col est cautérisé au fer rouge.

L'écoulement menstruel qui était survenu sans accident vers le milieu du mois d'octobre, reparaît le 14 novembre sane que son apparition soit signalée par aucun phénomène morbide.

Mais subitement, dans le journée du 17 novembre, la malade est prise de péritonite, et elle succombe le lendemain, 18 novembre, à sept heures du soir.

Autopsie. — Nous trouvons les lésions d'une péritonite suppurée de la moitié inférieure de l'abdomen. Les trompes de Fallope sont remplies de pus, et celui-ci reflue par la pression dans la cavité utérine. A l'extrémité de le trompe droite siège un kyste rempli de pus et communiquent avec le trompe. L'ovaire gauche est petit, atrophié; l'ovaire droit, au contraire, présente tous les signes d'une fonte récente. Quant à l'utérus, il porte à l'angle supérieur du côté droit un petit corps fibreux du volume d'une noisette faisant saillie à l'intérieur. Les parois de la matrice ont leur épaisseur normale. La muqueuse est rouge et recouverte d'un enduit muco-purulent. Enfin, au fond de la cavité utérine se détache à droite un polype qui descend jusqu'à 1 centimètre environ au-dessus de l'orifice inférieur du col. Ce polype, de forme allongée, était de couleur noirâtre et ramolli.

Ainsi, dans cet exemple, la malade a succombé à une péritonite suppurée du petit bassin avec lésions surtout à droite, coïncidant avec un polype sphacélé s'implantant également à droite. La présentation de cette pièce a suggéré aux membres de la Société anatomique plusieurs réflexions, et ont amené les conclusions suivantes : « C'est que le toucher vaginal fréquent devait être incriminé comme cause de ces lésions. »

Si nous parcourons encore les bulletins de la Société anatomique, nous trouvons dans l'une des séances du

mois d'avril 1872 (1), une discussion qui offre pour nous le plus grand intérêt.

M. le professeur Verneuil fait voir un polype de l'utérus chez une femme morte de péritonite à l'âge de 49 ans. Examinée avec le spéculum américain le 22 avril, soumise au toucher avec le doigt par le présentateur seul, elle était prise de péritonite dès le lendemain 23, et succombait le 24. A l'autopsie, il a été trouvé un litre de pus au moins dans le petit bassin.

Ce fait inspira à M. le professeur Verneuil les remarques suivantes, corroborées par des faits semblables ou analogues : chez des femmes atteintes de polypes utérins, l'exploration par le toucher vaginal simple peut être dangereux. Dans un autre cas, relaté également par M. Verneuil, ce professeur a vu chez une femme atteinte de polype utérin de petit volume examinée au toucher vaginal, survenir une péritonite qui a guéri.

Chez une troisième malade qui insiste pour qu'on la débarrasse d'un polype, l'opération est remise après toucher vaginal et la malade succombe à une péritonite généralisée, avant d'être opérée.

Une quatrième malade portant un polype ulcéré est touchée une seule fois; examinée le lendemain au spéculum américain, elle succombe trois jours après à une péritonite généralisée.

M. le professeur Verneuil ne peut expliquer ces cas si malheureux que par une érosion faite dans le toucher, si réservé qu'il soit, et l'absorption des produits septiques des surfaces ulcérées.

(1) Bull. Soc. anat., t. XLVII, p. 190.

Cette résorption putride peut se faire non seulement au niveau des ulcérations superficielles, mais encore à la surface de section produite par l'écraseur linéaire, et M. le professeur Verneuil en rapporte un cas entièrement probant (1).

Suivant Houël, les faits de ce genre sont plus communs qu'on ne le pense généralement, et il rapporte à ce propos deux cas, l'un tiré de sa pratique, l'autre tiré de celle de Broca où il a suffi de légères cautérisations de polypes au nitrate d'argent, pour provoquer une péritonite.

Ainsi, en résumé, des attouchements mêmes légers, si souvent inoffensifs, ont suffi pour ouvrir la porte à la septicémie, et ces cas, en apparence si extraordinaires, sont du plus grand enseignement et invitent à la plus grande prudence les chirurgiens qui vont porter leurs instruments dans la cavité utérine.

L'observation suivante que nous empruntons à la thèse de M. Brault (2) a été recueillie dans le service de M. le professeur Le Fort à Beaujon.

Obs. VIII. — *Polype utérin. Toucher vaginal et examen au spéculum répétés. Péritonite. Mort. Autopsie.* — Jeanne Clarisse, âgée de 39 ans, journalière, entre à l'hôpital Beaujon, le 8 février 1877, salle Sainte-Agathe, n° 16. Antécédents pathologiques nuls; est accouchée le 8 octobre 1868. N'a jamais eu d'enfant depuis; pas de fausses couches. Les suites de couches n'ont amené aucun accident.

Après cet accouchement, elle a commencé à avoir ses règles

(1) De l'auto-inoculation traumatique; étude étiologique et pathogénique. Rev. de chirurgie t. III. Déc. 1883.

(2) Brault, th. de Paris, 1880, n° 176.

tous les quinze jours ; la quantité de sang était modérée ; mais à partir du mois de janvior 1870, elle éprouva des pertes de sang sérieuses, les draps de son lit étaient abondamment mouillés. Ces pertes déterminent un affaiblissement parfois assez considérable; dans l'intervelle des pertes, les forces reviennent, les douleurs dans la région lombaire, dans les cuisses et à la région hypogastrique sont modérées, meis la malade éprouve des douleurs assez vives à le partie interne du genou droit. Le médecin qui la traitait lui faisait suivre un régime propre à arrêter l'écoulement sanguin. Mais l'examen de l'utérus n'avait jamais été fait avant le mois de juillet dernier.

Il y a deux ans, elle eut une crise assez violente qui la força de garder le lit deux à trois jours. Elle n'eut point de pertes pendant les douleurs. Elle se leva pendant quelques jours, mais pendant six semaines environ, chaque fois qu'elle allait à la garde-robe, les douleurs appareissaient, quoique moins fortes.

Ces douleurs passées, la malade continua à éprouver des pertes comme antérieurement, et cet état de choses dura jusqu'au mois de juillet dernier.

A cette époque, la faiblesse est tellement grande que la malade est obligée de s'aliter pendant trois semaines. Les pertes de sang font place à un écoulement verdâtre très abondant. Le médecin pratique alors le toucher veginel et reconnaît l'existence d'une tumeur.

La malade ne voit plus venir alors ses pertes habituelles, l'écoulement de sang est remplacé par un écoulement purulent, puis aqueux; enfin, dernièrement, elle a eu pendant quetre jours son écoulement menstruel.

Après le rétablissement partiel de ses forces, sur les conseils de son médecin, elle entre à l'hôpital Beaujon.

État actuel.— *Toucher vaginal.*— On arrive sur une tumeur volumineuse qui remplit le petit bassin; cette tumeur est très proche de la vulve, elle sst distendue, arrondis, il est impossible de trouver le col de l'utérus ; cependant, ls doigt peut remonter

très haut en avant et en arrière entre les parois vaginales et la tumeur dont on fait facilement le tour.

Par le toucher rectal, on ne sent guère que la distension produite par cette tumeur, et si haut que remonte le doigt on ne parvient pas à trouver la face postérieure de l'utérus qui est très élevé.

L'examen au spéculum confirme les données du toucher vaginal; tumeur arrondie, rouge, légèrement saignante, ne présentant aucun orifice à sa surface.

En résumé, M. le professeur Le Fort pense qu'il s'agit d'un polype utérin qui est sorti de l'utérus au moment des douleurs d'accouchement qu'a souffertes la malade, de plus que ce polype est très bien pédiculé. L'utérus serait placé très haut au-dessus de la tumeur.

12 février. T. 39°,6 le matin; le soir 40°. P. 120. La fatigue de l'examen a déterminé un commencement de péritonite. On ne peut donc l'opérer. Cataplasmes sur le ventre.

Le 13. T. 36°,6. La péritonite a diminué; les douleurs ont cessé.

Le 15. État général bon.

Le 16. De nouveau examinée au spéculum le matin, la malade a un violent frisson à trois heures du soir; retour des accidents du 12 février. Cataplasmes. Onguent napolitain.

Le 21. T. M. 40°; T. S. 40°,3. P. 144. État général très grave. La malade est profondément affaissée depuis le retour des accidents qui avaient déjà eu lieu lors du premier examen. Douleurs vives dans la partie inférieure du ventre. Ballonnement; pas de diarrhée, pas de constipation.

On donne 0 gr. 10 d'opium en cinq pilules tous les jours, depuis le 17 février.

Décès le 21 février, à onze heures du soir.

Autopsie. — Faite le 23 février, elle vérifie complètement le diagnostic de M. le professeur Le Fort. Polype gros comme un cœur d'homme, ayant sa forme et presque sa couleur, suspendu à l'utérus par un pédicule de 1 1/2 à 2 centimètres de diamètre.

Dilatation énorme du vagin. La tumeur est sphacélée surtout à sa partie inférieure. Péritonite généralisée.

Cette observation est du plus haut intérêt et mérite d'être méditée avec la plus grande attention. Ainsi il s'agit d'une malade bien portante, qui a attendu le retour de ses forces pour rentrer à l'hôpital. Elle y entre le 8 février, et le 12 février après un examen au spéculum et le toucher vaginal, la malade est prise d'accidents péritonéaux les plus graves. Ce premier incident est des plus probants, mais la deuxième phase de la maladie est plus caractéristique encore s'il est possible. La malade se rétablit, sa poussée péritonéale est passée, et le 16 février elle se trouve dans un état général assez bon pour être examinée de nouveau. C'est alors que les faits mentionnés deviennent d'une clarté manifeste. Cette malade examinée le matin a un grand frisson trois heures après l'examen, et cinq jours après elle succombe emportée par des accidents péritonéaux dont le début remonte nettement à l'exploration vaginale. Ainsi par deux reprises différentes, à la suite de deux explorations, on a vu se développer des accidents péritonéaux qui ont emporté la malade. Comment rendre compte de ces faits autrement que par ces phénomènes d'inoculation qu'a si bien décrits M. le professeur Verneuil?

Voilà donc des exemples concluants ; mais ils ne sont pas les seuls et sans vouloir relever tous ceux qui ont été signalés, nous en trouvons quelques-uns qui méritent d'être rapportés ici.

Dans le *Bulletin de la Société Anatomique* nous trou-

vons le fait suivant dû à M. Budin, alors interne des hôpitaux.

Voici le texte de l'Observation IX. — *Corps fibreux de l'utérus faisant saillie dans la cavité vaginale.* Rétention d'urine méconnue, ponction de la vessie. Aucun accident consécutif du côté de l'appareil urinaire. Quelques jours plus tard, phlébite utérine. Mort.

Voici une phase que nous relevons : « La malade avait succombé rapidement à des accidents de phlébite utérine. Le toucher vaginal pratiqué très fréquemment n'était peut-être pas étranger au développement de cette maladie. »

Nous relevons dans les mêmes *Bulletins* (1) un fait observé par M. Molinier, interne des hôpitaux.

Obs. X. — Il s'agit d'une femme de 38 ans, entrée le 20 janvier 1865, dans le service de Jarjavay. Ce chirurgien examine la malade, pratique le toucher vaginal ; deux jours après, douleurs expulsives très vives. On pratique après l'examen au spéculum suivi de toucher vaginal et rectal.

Dix jours après le 5 février, la malade succombe après de vives douleurs abdominales et une température très élevée.

A l'autopsie on trouve une péritonite généralisée, un corps fibreux sous-péritonéal et un fibrome pédiculé dans la cavité utérine.

Nous empruntons au même *Recueil* (2) un cas rapporté par M. Larey, interne de M. Millard.

Obs. XI. — *Corps fibreux de l'utérus et polype utérin.* Métrorrhagies abondantes, métro-péritonite aiguë.

(1) Bull. Soc. anat., 1865, p. 97.
(2) Bull. Soc. anat., 1874, p. 520.

A son arrivée à l'hôpital, la malade se plaint d'avoir subi plusieurs fois le toucher vaginal et elle attribuait le début de l'aggravation de son mal à cette circonstance. Nous admettons, dit M. Lorey, que le toucher vaginal dans de telles conditions ait été très douloureux pour la malade, mais nous ne pensons pas qu'il ait entraîné une aggravation dans la métro-péritonite.

Les exemples que nous avons rapportés plus haut suffisent pour combattre cette assertion de l'auteur et avec M. Dupuy nous admettons l'objection faite au moment de la présentation des pièces : « il n'est pas rare de voir une exploration vaginale, même faite avec ménagement, devenir l'occasion d'une inflammation du péritoine. »

Nous rangeons donc cette observation dans notre dossier des accidents septiques dus à la présence des corps fibreux de l'utérus et nous croyons que dans ce cas comme dans les quelques autres que nous venons de rapporter, on ne saurait absoudre complètement le toucher vaginal.

On conçoit donc que, dans ces conditions, si le plus léger attouchement peut devenir la source d'accidents mortels, il en est de même des opérations plus graves portant sur le polype lui-même.

C'est ainsi que dans la thèse de M. Brault nous trouvons une observation due à M. Bellouard dans laquelle cet interne a observé un cas de mort chez une malade traitée dans le service de M. le professeur Gosselin et cela à la suite de l'introduction dans l'utérus d'un réophore de machine électrique.

Des faits de cette nature sont nombreux et condamnent la façon avec laquelle certains médecins manient l'hysté-

romètre, l'introduisant à chaque instant et sans grand profit dans la cavité utérine.

Si les corps fibreux de l'utérus peuvent spontanément occasionner la mort à l'occasion d'un léger attouchement, on comprendra qu'*a fortiori* une action plus énergique sera dangereuse dans un plus grand nombre de cas.

Nous empruntons à M. le Dr Vauriot, actuellement chef de la Clinique à l'hôpital des enfants, la relation d'un fait intéressant (1).

Obs. XII. — Une malade entre dans le service de M. le professeur Gosselin, à la Charité, pour des métrorrhagies abondantes et rebelles. Le toucher, le spéculum, montrent un col gros et légèrement entr'ouvert ; on porte le diagnostic de métrite hémorrhagique. Le 24 décembre, on pratique le curage de la cavité utérine avec la curette de Récamier. Dix jours après le 6 janvier, la malade était morte avec toutes les lésions de l'infection purulente; péritonite suppurée, pleurésie purulente ; dans l'utérus hypertrophié existe un polype utérin méconnu pendant la vie.

Ainsi, un simple curage utérin peut amener la mort par infection purulente. Le mécanisme de cette infection est ici encore bien manifeste. D'une part, polype fibreux donnant lieu à un suintement séreux, rendu septique par sa rétention dans la cavité utérine. D'autre part, vaisseaux utérins rendus largement béants par l'usage de la curette. Tels ont été le poison et son mode d'entrée dans l'économie.

La section du polype à la chaîne de l'écraseur est in-

(1) Gaz. méd., 1879.

suffisante pour prévenir ces accidents d'inoculation septique, ainsi que nous le montre l'observation suivante :

Obs. XIII. — *Polype de l'utérus*, par Martin, interne des hôpitaux (1). — Thérésia, 41 ans, est entrée le 3 mars 1873, à l'hôpital Necker, salle Sainte-Pauline, n° 13 (service de M. Guyon). Cette malade n'a jamais été bien réglée; elle a eu un enfant il y a 12 ans et à la suite de sa couche une péritonite qui dura au moins trois mois. Depuis lors, ses règles sont très abondantes et reviennent toutes les trois semaines environ. Depuis trois ans, les pertes ont augmenté, la malade a tous les quinze jours de véritables métrorrhagies, dans l'intervalle, écoulement de sérosité sanguinolente. Il y a trois ans que la malade souffre du ventre et qu'elle sent qu'une grosseur se développe dans l'abdomen, surtout du côté droit. Depuis quatre mois, difficultés considérables pour aller à la selle, alternance de constipation et de débâcles. La miction est difficile ; il existe de l'incontinence d'urine surtout pendant la nuit.

Depuis quinze jours, elle a senti de très vives douleurs suivies de pertes abondantes de caillots sanguins et d'une matière jaunâtre, infecte, et il y a quinze jours, à la suite d'efforts prolongés, issue à la vulve d'une masse de la forme et de la consistance d'un polype gangrené à la surface. A partir de cette époque, frissons et fièvre le soir, perte d'appétit. Anémie très marquée.

5 mars. La malade perd du sang et des lambeaux de tumeur sphacélée.

Le 6. Examen local, après chloroformisation, pratiqué par M. Guyon. La masse sphacélée qui fait saillie à la vulve se continue avec les masses senties dans l'abdomen et adhère cependant sur la partie latérale gauche du vagin. On ne peut passer entre la tumeur et le col de l'utérus. On sent par le rectum que

(1) Bull. Soc. anat., 1874, p. 19.

le vagin, l'utérus, l'excavation pelvienne sont remplis par la tumeur. En introduisant la main dans le vagin on ne peut trouver la limite supérieure de cette masse, mais on constate une large implantation sur la partie latérale gauche du vagin, à droite, on remonte le long de la tumeur sans arriver à aucune limite et sans parvenir à sentir le col. On enlève une petite partie de la masse noirâtre, qui pend à la vulve. La sonde introduite dans la vessie indique que cet organe est refoulé contre le pubis.

Le 7. Douleurs vives dans l'abdomen, cataplasmes laudanisées ; la masse qui sortait à la vulve s'est en partie détachée.

Le 12. La masse gangrenée s'est en partie éliminée.

Le 14. Par le toucher vaginal, on sent encore une masse remplissant tout le vagin.

En avril, nouvelles hémorrhagies assez abondantes,

En mai et juin, les hémorrhagies diminuent de fréquence et d'abondance.

La malade quitte l'hôpital à la fin de juillet.

En septembre, nouvelles hémorrhagies ; œdème des membres inférieurs. La malade rendre dans le service en octobre. Ces accidents disparaissent.

A la fin du mois, M. le professeur Guyon fait une nouvelle tentative infructueuse pour arriver jusqu'à l'implantation supérieure du polype.

30 novembre. La malade passe dans le service de M. le professeur Potain ; elle est assez bien pendant quelques jours, puis présente des douleurs expulsives, suivies le 20 décembre de la sortie, hors de la vulve, d'un polype gros comme la tête d'un fœtus à terme.

Le 21. Le polype commençant à se sphacéler à sa surface, on applique à 11 heures du matin, la chaîne de l'écraseur de Chassaignac sur un pédicule gros comme l'avant-bras. Ce pédicule est adhérent à sa partie postérieure. Toutes les 20 minutes l'anneau est serré d'un cran. La chaîne reste en place jusqu'au 22 à deux heures du matin. A ce moment il se détache du polype une por-

tion grosse comme une tête de fœtus à terme. Ce polype est fibreux et assez vasculaire et présente un certain nombre de vacuoles dans son intérieur. Ecoulsment puriforme par le pédicule de la tumeur présentant lui-même plusieurs vacuoles.

Le 22. Un peu de sensibilité du ventre. Un frisson dans la journée.

Le 23. Frissons le matin, nausées, pas de chaleur à la peau, le pédicule est dans le vagin en train de se modifier. Ecoulement d'une sérosité fétide.

Le 24. 120 pulsations, peau chaude, pas de nausées, pas de douleurs. La langue est couverte de muguet.

Le 25. La malade a vomi trois fois ; muguet a disparu. Eau de Seltz, glace, potion de Todd. Soir, pulsations 120. Quelques douleurs dans le ventre; dans la journée encore un vomissement. Ecoulement par le vagin de matières infectes grisâtres.

Le 26. Frissons, ventre douloureux, cyanose des extrémités.

Le 27, anémie excessive. On ne trouve plus qu'un million de globules par millimètre cube de sang. Cyanose des extrémités. Le ventre est encore douloureux, la malado est affaissée. Elle meurt dans la journée.

Autopsie le 29.

Pas d'abcès métastatiques dans les viscères, pas de pus dans le petit bassin. On observe à la surface de l'utérus deux corps fibreux sous-péritonéaux, présentant l'un le volume d'une noix, l'autre le volume d'une noisette. Ils adhèrent près du fond de l'utérus au corps de cet organe. L'utérus est plus que triplé de volume. En le fendant sur la paroi antérieure, on constate que les parois sont fort épaissies. Le col utérin, très peu dilaté, se distingue à peine du vagin et fait sur cet organe une saillie très peu marquée. Les culs-de-sac vaginaux ont presque entièrement disparu par suite de la distension du col.

On constate la présence dans la cavité utéro-vaginale d'une tumeur allongée, fusiforme, du volume d'une tête d'enfant adhérent d'une part, au moyen d'un pédicule large de 0,04 au moins au fond de la cavité utérine et, d'autre part, sur le côté latéral

gauche du vagin à 0,05 du col, par une implantation encore plus volumineuse que la première ; la muqueuse vaginale injectée se continue dans une certaine étendue sur cette deuxième implantation à la surface libre de la tumeur, en avant et en bas. Le polype est modifié dans une épaisseur de 0,08 environ, au point où a été placée la chaîne de l'écraseur. En pratiquant une coupe longitudinale de la tumeur, on constate qu'elle présente une consistance fibreuse, avec quelques points un peu ramollis. Elle est de plus sillonnée à sa partie centrale par de nombreuses veines longitudinales.

Jusqu'ici dans les observations que nous avons rapportées on voit que la septicémie n'a pas été la crainte principale des opérateurs, et si des lavages ont été faits avant et après l'opération, ils ne sont même pas mentionnés, tant il est évident qu'on ne mettait pas en eux la base principale de la médication.

Dans les faits qu'il nous reste à rapporter on a recherché à obtenir l'antisepsie, mais d'une façon incomplète et sans avoir pu désinfecter complètement le foyer de l'opération condition indispensable d'une bonne antisepsie, ainsi que nous l'avons établi au début de cette étude.

Obs. XIV (due à notre jeune maître et ami, M. le docteur Ricard, alors interne de M. le docteur Dumontpallier). — *Corps fibreux de l'utérus. Extirpation partielle. Sphacèle de la portion restante. Septicémie. Mort.* — La nommée Ernestine J..., âgée de 40 ans, couturière, entre le 5 juin à l'hôpital de la Pitié, salle Valleix, lit nº 1, dans le service de M. Dumontpallier.

Si nous interrogeons cette malade au point de vue de ses antécédents, elle nous apprend que, réglée à l'âge de 13 ans, elle a eu une fièvre typhoïde à 16 ans, à son arrivée à Paris. Sa menstruation a toujours été régulière, survenant tout les 28 jours,

d'une abondance moyenne et durant trois ou quatre jours. Elle nous a fait remarquer que ses règles n'ont jamais été douloureuses et qu'elle en est avertie par une certaine pesanteur dans le bas-ventre ainsi qu'un léger mal de tête. Aucune grossesse, aucune fausse couche. Elle n'aurait jamais eu de flueurs blanches.

En résumé, rien d'anormal jusqu'à 32 ans. A cette époque, de temps en temps, ses règles devinrent plus douloureuses et plus abondantes, tout se borna là jusqu'en juillet 1880 où de grandes pertes survinrent et obligèrent la malade à garder le lit pendant plus d'un mois et la mirent dans un grand état de faiblesse. Depuis ce temps, les règles tout en revenant régulièrement se firent remarquer par leur grande abondance et leur plus longue durée, qui était en moyenne de huit à dix jours. En même temps, cette femme ressentait des douleurs lombaires et abdominales qu'elle ne pouvait caractériser autrement, mais qui probablement étaient des douleurs expulsives.

Il y a un mois environ est survenue une nouvelle hémorrhagie qui augmenta sa faiblesse et l'obligea à garder le lit ; la teinte pâle qu'elle avait conservée depuis deux ans augmente encore. Mais ce qui la tourmenta davantage ce fut l'exagération des douleurs menstruelles, qui, dit-elle, devinrent intolérables.

A son entrée à l'hôpital, les signes que nous constatons cadrent parfaitement avec les antécédents sus-énoncés. Nous trouvons une malade pâle, à facies amaigri et rappelant en tout point le teint qui accompagne les grandes pertes de sang. Les conjonctives sont décolorées, les lèvres et les gencives pâles.

L'auscultation du ventre et des vaisseaux ne donne rien d'anormal. Le ventre est souple, les parois flasques permettent une palpation facile. La main appliquée sur l'abdomen, nous fait percevoir une tumeur du volume d'une tête de fœtus à terme; cette tumeur est lisse, sans bosselures, rénitente, de consistance solide et rappelle immédiatement les caractères d'un corps fibreux.

En pratiquant le toucher, M. Dumontpallier nous fait savoir

que le col est dilaté largement et qu'à la base de ses lèvres amincies se trouve une tumeur lisse, arrondie, de consistance solide ; en un mot rappelant la tumeur perçue par la palper.

La palpation combinée au toucher fit voir que la tumeur abdominale était intimement unie à l'utérus et contenue dans sa cavité. Le diagnostic : corps fibreux fut immédiatement porté.

2 juin. La malade est portée sur le lit au spéculum et l'on procède à l'examen. Le spéculum de Cusco est introduit et permet de voir la tumeur sentie la veille : elle est d'une couleur rosée et absolument lisse. M. Dumontpallier tente alors l'ablation de cette tumeur. Un hystéromètre est introduit et contournant la tumeur fait voir que le pédicule est situé en haut et en avant. La tumeur saisie avec des érignes, puis avec des pinces de Museux, est attirée le plus possible. Cette traction soutenue, mais modérée, abaisse la tumeur abdominale et la flaccidité des parois du ventre permet de sentir sur la face antérieure de le tumeur une véritable dépression en cul de bouteille ; il est évident qu'on saisissait sur le fait une inversion utérine. La traction relâchée, cette dépression disparait.

. Dans ces conditions, la traction est reprise, mais plus modérée encore ; un serre-nœud est introduit et pénètre dans le col, quoique avec assez de difficulté.

La constriction est faite lentement et permet d'amener une partie de la tumeur.

Cette portion ressemble exactement à un fruit coupé en deux parties par son diamètre. La coupe est blanchâtre, le tissu ferme et résistant crie sous le scalpel ; la tumeur paraît vasculaire. La malade a à peine souffert et les douleurs qu'elle a ressenties paraissent dues seulement aux froissements de la vulve pendant la manœuvre des instruments.

On pratique un lavage abondant avec une solution phéniquée au cinquantième, une compresse imbibée d'une solution phéniquée au centième est placée sur la vulve. La malade est alors reportée sur son lit. Notons que la malade a perdu à peine

quelques grammee de sang et que la première eau des injections phéniquées revenait à peine eanguinolente. Le soir T. 37° 8.

Le 3. La malade a mangé aveo appétit, elle se sent un peu plus abattue qu'à l'ordinaire. Pas da frissone, pas de douleurs dans le ventre. On renouvelle deux fois par jour les injections phéniquées et l'on prescrit une potion de Todd avec deux grammes d'extrait mou de quinquina. Le matin la T. eet de 37°6, le soir 38°.

Le 4. L'état général reate bon ; léger écoulement séro-sanguinolent sana odeur. Extrait mou de quinquina. Injections et compresses phéniquées.

Le 6, la figure prend un aspect terreux et blanchâtre ; la nuit a été mauvise, insomnie complète et quolquee petits frissons ; l'écoulement vaginal a teinté la compresse phéniquée en gris sale et présente un peu d'odeur. La peau est chaude, pouls vibrant à 120° ; la T. axillaire est de 38°2 le mstin ; dans la journée, vomissements bilieux. La malade refuse toute alimentation. La faiblesse est très grande, la langue sèche. Les frissons reviennent plus forts dans la journée, l'écoulement est sanieux et d'une fétidité extrême. Trois injections phéniquées intra-utérine avec la solution au cinquantième. Le soir le thermomètre monte à 40°2.

Le 7. Ła malade est de plus en plus faible. Voix cassée, diarrhée abondante et fétide, vomissements verdâtres. Légère douleur dans le bas ventre. Soif vive. La malade demande de la glace et de la bière. Potion de Todd avec extrait de quinquina 4 gr. On transporte la malade sur le lit au spéculum. Le spéculum introduit fait voir une masse noirâtre par places, grise dans d'autres, d'aspect tomenteux, de consistance ramollie ; les pinces en détachent facilement des lambeaux. Injections phéniquées intra-utérines. T. 38°2 le matin ; 40°1 le soir. Sulfate de quinine 0 gr. 75 en trois prises.

Le 8. Léger subdélirium. Sueurs profuses. Odeur gangreneuse en soulavant les draps de la malade. Ecoulement plus

abondant et plus fétide ; léger œdème dans les malléoles. La peau prend une teinte jaune, vieille cire. T. 37°8, soit 39°8.

Le 11. Nouveaux frissons. Persistance de la diarrhée, réapparition des vomissements. Dans l'écoulement vaginal on trouve des lambeaux noirâtres et sphacélés de la tumeur analogues à ceux que la pince pouvait saisir lors de l'examen au spéculum. L'abattement est plus profond, la peau est couverte de sueurs ; la T. est de 39°2 le matin et monte jusqu'à 40°6 le soir.

Le 12. L'œdème des jambes s'est accru et donne aux membres une pâleur d'un blanc mat ; léger ballonnement du ventre. Prostration plus complète. On continue le même traitement ; injections phéniquées, sulfate de quinine et potion de Todd avec extrait de quinquina.

Le 14. La malade s'éteint dans la journée avec un léger subdélirium.

Autopsie le 15, 36 heures après la mort.

Thorax. Le péricarde contient une ou deux cuillerées de sérosité citrine.

Le *Cœur* est flasque et mou et s'étale sur la table de l'amphithéâtre. Le muscle est pâle et décoloré ; l'endocarde, les valvules, la tunique interne de l'aorte sont colorés et présentent une teinte d'un beau rouge carmin. Pas de caillots dans les ventricules ni dans les oreillettes, mais un sang noirâtre et fluide. Pas de lésions d'orifices.

La *plèvre* est saine ; un peu de sérosité transparente à droite.

Les *poumons* sont pâles, mais sains.

Abdomen. La *rate* est de volume normal, son poids est de 175 grammes, elle est diffluente et présente à la coupe une couleur lie de vin.

Le *foie* est pâle, jaunâtre, un peu graisseux et pèse 1,450 grammes.

Les *reins* ne présentent rien d'anormal.

Pas de traces de péritonite dans la partie supérieure de l'abdomen ; dans le petit bassin, légères adhérences glutineuses entre les anses intestinales et les organes intra-pelviens. Ces

adhérences cèdent au moindre effort et permettent de voir l'utérus volumineux recouvert d'un enduit légèrement poisseux et de chaque côté les annexes, trompes et ovaires, paraissent également augmentés de volume. Un coup de couteau donné sur la veine-cave inférieure fait apercevoir une traînée purulente que l'on peut suivre en haut jusqu'à la partie moyenne de la colonne lombaire. En bas, cette traînée,qui n'existe qu'à droite, descend dans les veines utérines.

On enlève alors les organes du petit bassin et l'on trouve de chaque côté les trompes dilatées, flexueuses et remplies de pus; l'ovaire du côté gauche est transformé en une coque purulente.

L'utérus, du volume d'une tête de fœtus de 7 mois environ, est incisé sur sa face postérieure. Les parois sont épaisses de 0m,02 environ et la coupe montre son tissu blanchâtre, faiblement résistant; dans sa cavité on trouve une masse plus grosse que le poing, mollasse, noirâtre, à la périphérie et odeur gangreneuse. A la coupe, la partie centrale est un peu plus ferme et légèrement rosée. Le pédicule s'insère en haut sur la paroi antérieure et sur le bord supérieur. Son diamètre est un peu supérieur à celui d'une pièce de 5 francs; la coupe de la paroi à ce niveau fait distinguer le tissu utérin pâle du tissu légèrement rosé du pédicule qui se terminait dans cette paroi par une surface convexe. La muqueuse utérine est ramollie, friable et grisâtre.

En résumé, que voyons-nous? Une femme anémique, épuisée par les pertes avec un polype encore ferme et résistant. On sectionne une partie de ce corps fibreux et malgré les injections phéniquées, malgré la compresse phéniquée sur la vulve, la portion restante du polype se sphacèle et le putrilage qui en résulte empoisonne la malade et la fait mourir de péritonite septique. Que conclure de ce fait? sinon que l'antisepsie n'a pas été

suffisante, que l'agent employé a été un désinfectant trop faible ou manié d'une façon incertaine. Car dans ce caa la malade a été opérée en bonne santé et ne ressemble pas à cette malade opérée par M. Schwartz (1) qui succomba elle aussi malheureusement. Mais malgré les lavages antiseptiques qui ont précédé l'opération et qui l'ont suivie, la mort ici est survenue malgré l'opération et non à cause de l'opération comme dans les cas cités plus haut ; car la malade a été opérée étant déjà sous l'influence de la septicémie; l'opération a eu seulement pour but de tarir la source de cette absorption septique, mais elle n'a pu enrayer le mal déjà fait.

Voici du reste cette Observation XV. On pourra en juger :

Mme L. A..., âgée de 48 ans, entre le 27 août 1883, à la Maison municipale de santé pour se faire débarrasser d'une tumeur gangrenée qui lui pend, depuis vingt-trois jours, hors du vagin, entre les cuisses.

Le ventre avait grossi depuis quelques années ; la femme perdait beaucoup au moment des règles et entre les époques cataméniales. La tumeur se présentait sous forme d'une masse gris noirâtre multilobée, de la grosseur du poing, répandant une terrible odeur; elle se prolongeait dans le vagin par une masse qui remplissait et distendait ce canal et elle donnait lieu à l'écoulement d'un ichor fétide. La palpation nous faisait sentir l'utérus très volumineux, bombé, remontant jusqu'à l'ombilic. L'expulsion de la tumeur avait été provoquée par de véritables douleurs, semblables à celles d'un accouchement ; elles ont débuté, il y a trois ou quatre jours, et durent encore.

L'état général est profondément atteint ; la femme est anémiée

(1) Gaz. des hôp., 1884, p. 292.

au plus haut degré et présente une cachéxie très avancée, marquée par une teinte jaunâtre et un amaigrissement rapide. A son entrée, nous ne constatons qu'un peu de fièvre (38° soir), quoique le pouls soit rapide et petit.

Le diagnostic s'impose : il s'agit d'une tumeur fibreuse expulsée par l'utérus et sphacélée en grande partie. Il est confirmé par le toucher rectal, car le doigt a beaucoup de mal à pénétrer dans le vagin ; à plus forte raison est-il impossible de sentir le col de l'utérus.

27 août. Pour me faire jour, j'enlève immédiatement, après de grands lavages désinfectants à la solution boriquée au 1/50, à l'aide de ciseaux et de la chaîne de l'écraseur, tout ce que je puis atteindre ; je pénètre dane le vagin, malgré cela il m'est impossible de sentir la col utérin.

Le 28. Le lendemain on trouve une nouvelle masse aussi volumineuse que la première, entre les cuisses de la malade ; on l'enlève aussi loin que l'on peut avec la chaîne de l'écraseur sans pouvoir encore atteindre le col ou l'insertion du pédicule.

Le vagin est désinfecté, depuis l'entrée de la malade, par des solutions phéniquées au 1/50, alternant avec des injections au 1/1000 de permanganate de potasse.

On donne du sulfate de quinine à l'intérieur, à la dose de 1 gramme par jour.

1er septembre. J'entreprends d'enlever toute la masse qui reste encore. La tumeur abdominale, bien moine volumineuse qu'au début, étant fortement déprimée par un aide, j'engage la chaîne de l'écraseur le plus haut possible ; j'arrive jusqu'au niveau du col et j'enlève encore un bonne portion de tumeur, grosse comme une tête de fœtus. Cela ne s'est pas passé sans un certain tiraillement de l'utérus.

Les jours suivants, phénomènes de cystite, devenue rapidement purulente, élévation de la température (39 à 40° le soir), frissons, dépression.

3 septembre. J'enlève une dernière portion qui proémine dans le vagin ; lavage de la cavité utérine et du vagin comme ci-dessus.

Malgré tout, l'état septicémique ne fait qu'empirer et la malade meurt le 9 septembre.

Autopsie, pratiquée deux jours après, nous a montré une périmétrite suppurée et une cystite purulente. L'utérus, triplé de volume, est entouré de pus concret; quand on l'ouvre, on trouve un polype implanté au fond de l'organe par un pédicule large comme une pièce de 2 francs. La cavité utérine, très profonde, est en partie remplie par ce reste de fibrôme, dont l'extrémité inférieure est sphacélée. Les divers fragments de la tumeur enlevée pèsent ensemble 4 kil. 500.

Il n'en est pas de même de l'observation que nous trouvons dans la *Gazette de Bordeaux* (1) et qui est due au Dr S. Philippe. Dans ce cas les précautions antiseptiques sont prises après coup. On opère sans lavage antérieur, on manie les instruments dans un foyer putride, ce n'est qu'après ces manœuvres que l'on pense à l'antisepsie et que l'on pratique des injections et des lavages, mais il était trop tard et l'inoculation septique était déjà faite.

Il en est de même dans l'observation que nous avons rapportée plus haut et qui appartient à Broca ; les précautions antiseptiques ne sont prises qu'après l'opération, lorsque pendant un certain temps l'opérateur a introduit ses doigts dans l'utérus, y a placé ses pinces le plus haut qu'il pouvait et à plusieurs reprises, déchirant et morcelant le tissu sphacélé, il est évident que toutes ces manœuvres ne sauraient se faire sans contusionner et déchirer la muqueuse utérine. La preuve en est d'ailleurs dans ces écoulements sanguins souvent abondants qui accompagnent de pareilles tentatives.

(1) Gaz. de Bordeaux 1884.

L'inoculation septique est en effet ici fatale, nécessaire et impossible à éviter. Aussi, les précautions antiseptiques qui sont prises après l'opération viennent trop tardivement, quand la septicémie est déjà commencée ; dans bien des cas elles peuvent être encore utiles, suffire pour arrêter l'infection septique ; mais dans bien d'autres aussi, elles sont insuffisantes, trop tardives ; elles peuvent empêcher l'inoculation septicémique de continuer, mais elles ne sauraient enrayer la marche du mal déjà produit.

CONCLUSIONS.

Ce n'est pas tout de faire toucher du doigt les dangers inhérents à la présence des corps fibreux dans l'utérus, il faut encore, à côté du péril, en indiquer le remède.

Il est évident que tous les accidents étant sous la dépendance de la septicémie chronique ou aiguë, c'est elle qu'il faut combattre et à laquelle il faut s'attaquer pour arrêter cette infection spontanée. Mais nous ne saurions insister ici sur le mode de désinfection ni sur la manière de pratiquer les lavages intra-vaginaux ou intra-utérins. Nous n'insisterons pas davantage sur la nécessité de bien faire pénétrer le liquide désinfectant ni sur la nature de l'agent antiseptique à choisir, nous dirons cependant que la solution phéniquée ordinaire a paru avoir peu de puissance. Il n'en serait pas de même de l'iodoforme soit en poudre, soit en solution éthérée qui pénètre plus facilement dans les anfractuosités. Ce dernier mode d'administration de l'iodoforme est tenu en assez grande estime par M. le professeur Verneuil.

Dans la revue de M. le Dr Berger (1) sur le pansement à l'iodoforme, cet auteur préconise cet agent thérapeutique pour combattre les phénomènes généraux de l'infection septique et même septico-pyohémique.

M. Marc Sée, à la Société de chirurgie, a beaucoup in-

(1) Revue des sc. méd., 1883, t. XXI, p. 738.

sisté sur l'indication particulière de l'iodoforme qui est constituée par l'existence de plaies, d'ulcères profonds anfractueux dans lesquels les liquides s'écoulent difficilement et sont devenus septiques.

A côté de ces avantages, l'iodoforme possède quelques inconvénients, et sans parler de son odeur désagréable et tenace, on peut reprocher aux solutions éthérées d'être difficilement injectées, de ne pouvoir être employées en quantité suffisante pour faire des lavages complets.

Il n'en est pas de même de la solution de sublimé, d'une action antiseptique puissante ; ainsi que l'ont établi les travaux récents, le sublimé a désinfecté et rendu aseptiques les plaies sur lesquelles il était employé comme pansement ; non seulement il réussit pour les plaies opératoires ordinaires, mais, fait qui nous intéresse davantage, les remarquables succès qu'il fait obtenir en obstétrique nous engagent à préconiser cet agent thérapeutique pour désinfecter la cavité utéro-vaginale contenant un corps fibreux. Car la cavité utérine contenant un fibrome utérin n'est pas sans analogie avec l'utérus gravide. Souvent il montre une hypertrophie manifeste de ses couches musculaires ; sa tunique muqueuse est boursouflée, ramollie, congestionnée ; il n'est pas jusqu'aux contractions expulsives que cet utérus morbide ne puisse présenter, et en tous cas, si quelque chose peut augmenter cette analogie, c'est certainement cette susceptibilité particulière à l'absorption des produits infectieux que présente l'utérus, qu'il soit distendu par

le produit de la conception ou irrité par une tumeur fibreuse.

Billroth, Kœnig, Mikulick, recommandent, dans les plaies cavitaires, le tamponnement avec la gaze iodoformée, comme préservant efficacement contre toute dégénérescence putride les liquides sécrétés par la plaie cavitaire. Mais tout en préconisant le sublimé nous ne voulons pas insister davantage sur ce point particulier, car en général, ce ne sont pas les antiseptiques qui sont impuissants, c'est qu'il sont mal utilisés.

Nous avons voulu faire voir, dans cette étude, que le danger, quoique venant souvent du fibrome seul, pouvait trouver dans le chirurgien un auxiliaire inconscient. Bien longtemps on a méconnu l'origine de certaines infections graves résultant d'une inoculation passée inaperçue et qu'il eût été possible d'éviter. Le médecin ignorant le fait ou incrédule à bon escient, est dès lors exposé à ne rien faire pour prévenir ces inoculations funestes, mais encore à en être l'agent involontaire.

Qu'avons-nous enregistré, en effet, dans le long exposé qui précède : des cas de péritonite mortelle, d'infection purulente, survenus à la suite d'un simple toucher vaginal, d'une tentative opératoire, même légère, sur un fibrôme intra-utérin. Nous avons montré le mécanisme de ces accidents, et nous avons fait voir comment souvent le doigt ou l'instrument du chirurgien devenait l'agent inconscient de l'inoculation septique.

Il s'ensuit donc que pour prévenir les dangers si terribles de ces accidents septiques, il faut éviter cette inocu-

lation dangereuse, qu'elle soit spontanée ou le fait d'une exploration ou d'une opération chirurgicale.

Or que peut-on faire et comment agir ? Si léger que soit l'examen chirurgical de la cavité utéro-vaginale, le médecin ne pourra jamais répondre de ne pas créer une érosion, une excoriation si petite soit-elle, mais ce qu'il doit tenter de faire, c'est de supprimer le liquide septique lui-même et cela avant de pratiquer son examen. Que lui serviront les précautions antiseptiques aussi minutieuses qu'elles puissent être si elles viennent après l'inoculation infectieuse ?

C'est sur l'antisepsie préventive de la cavité utéro-vaginale que nous insistons ici. Nous voudrions que chaque opérateur fut pénétré de cette vérité si bien acceptée ailleurs : *que pour opérer dans des conditions rigoureusement antiseptiques il faut que l'opérateur, le milieu et l'opéré soient tous antiseptiques ; qu'aucun de ces facteurs ne doit être négligé et qu'avant de porter même le doigt dans la cavité utérine enflammée par la présence d'un fibrôme, il est absolument nécessaire d'en faire la désinfection préalable.*

L'analyse attentive des faits malheureux que nous avons rapportés, mise à côté de faits terminés par la guérison, nous prouve que souvent une simple précaution préalable vaut mieux que les soins consécutifs les mieux compris et qu'il est plus logique de ne pas créer le foyer d'infection, que de le combattre lorsqu'il a pris naissance.

En résumé, nous demandons qu'on fasse un peu plus pour les fibrômes utérins : ce que l'on fait pour les plaies

en général; qu'on évite d'en pratiquer l'examen avant de les avoir préalablement et complètement désinfectés.

L'insuccès si fréquent des opérations utérines pratiquées autrefois doit être rapportée à l'inoculation du virus septique faite à la plaie d'opération par le chirurgien lui-même. Les précautions antiseptiques préalables doivent être d'autant plus rigoureuses que le polype est atteint de sphacèle. Or nous avons vu combien facilement ces corps fibreux presque invasculaires étaient sujets au sphacèle; nous avons vu que tous les accidents septiques dont nous avons relaté les détails dans notre travail étaient dus à des polypes en partie sphacélés. Nos conclusions doivent donc être les suivantes :

Le sphacèle des corps fibreux intra-utérins doit être considéré comme une complication redoutable entraînant presque toujours la mort de la malade si l'on n'y porte remède : on doit donc d'une part éviter ce sphacèle autant qu'il est possible et en conséquence déclarer mauvaises en principe les opérations incomplètes qui laissent dans l'utérus la totalité ou une portion du corps fibreux pour s'éliminer par la désagrégation gangreneuse, et on doit d'autre part avant d'intervenir, lorsque ce sphacèle existe ou lorsqu'il est inévitable prendre les précautions antiseptiques les plus rigoureuses, en se rappelant que l'*antisepsie pour être efficace doit être préventive.*

Vu : le président de la thèse,
RICHET.

Vu, bon et permis d'imprimer,
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.